Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg
Vorstand: Prof. Dr. med. C. J. Gauß.

Die gutartigen Ovarialtumoren.

In der Zeit vom 1. Januar 1932 – 31. Juli 1938.

(Bericht über 180 Fälle in der Zeit vom 1. 1. 32 bis 31. 7. 38.)

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

BAYER. JULIUS - MAXIMILIANS - UNIVERSITÄT WÜRZBURG

zur

ERLANGUNG DER MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

vorgelegt von

Heinz Werner Pick

aus Halle a./Saale.

1939

Druck von Gebrüder Memminger Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:
Prof. Dr. med. C. J. Gauß.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543516_0021

Disposition.

Die gutartigen Ovarialtumoren.

(Bericht über 180 Fälle in der Zeit vom 1. 1. 32 bis 31. 7. 38)

A. Kasuistik

B. Kritische Besprechung

1. Die Ovarialtumoren
   a) Kystadenome
   b) Kystadenoma pseudomucinosum
   c) Kystadenoma serosum papillare
   d) Kystoma serosa
   e) Dermoidcysten
   f) Fibrome
   g) Ovarialtumoren ohne nähere Bezeichnung
   h) Ovarialcysten ohne nähere Bezeichnung
   i) Schokoladencysten
   k) Corpus luteum-Cysten
   l) Follikelcysten
   m) Parovarialcysten
   n) Tuboovarialcysten
2. Die Stieldrehung bei den Ovarialtumoren
3. Gravidität und Ovarialtumor
4. Klinische Therapie bei den Ovarialtumoren
   a) Die operative Therapie
   b) Die physikalische und hormonale Therapie
5. Die Prognose der Ovariotomie
6. Die Mortalität

C. Zusammenfassung.

Die gutartigen Ovarialtumoren.

(Bericht über 180 Fälle in der Zeit vom 1. 1. 32 bis 31. 7. 38)

Über die Ursachen der proliferierenden Ovarialtumoren ist klinisch nichts Sicheres bekannt. Bei gutartigen Ovarialtumoren soll die Frage nach hereditären Einflüssen berechtigt sein (Mayer). Löhlein, Martin, Simpson weisen sogar auf das Vorkommen von Ovarialtumoren bei Blutsverwandten hin. Sicher angeboren sind die wenigen Fälle von Ovarialtumoren beim Foetus. Sie sind aber so selten, daß man aus ihnen für die Aetiologie der Ovarialtumoren keine Schlüsse ziehen kann.

Bei Dermoiden und Teratomen müssen angeborene Ursachen vorliegen, nach den Beobachtungen, daß viele Dermoide im jugendlichen Alter auftreten (Meyer, Veit - Stöckel). Schröder glaubt, daß auch die anderen Ovarialtumoren als kleinerbsengroße Cysten, aus denen sich später die Geschwülste entwickeln, angeboren sein können. Über das familiäre Auftreten von Dermoiden ist schon viel von Autoren berichtet worden. Thadewald berichtet, daß man Ovarialtumoren jeder Art schon im frühesten Alter findet, bevorzugt sei die Zeit der Pubertät. Darunter nehmen die malignen Tumoren, bei denen die Sarkome dominieren, einen außerordentlichen Prozentsatz ein. Oft sind dann mit Ovarialtumoren verbunden: Menstruatio praecox und häufige Stieltorsion.

Das zur Bildung von Ovarialtumoren disponierte Alter sind die Jahre der sexuellen Reife vom 21.—45. Lebensjahre, und der beginnenden Menopause. Ob nun das Geschlechtsleben einen Einfluß auf die Bildung von Ovarialtumoren hat, wird von den Autoren verschieden beantwortet. Byford glaubt, daß bei verheirateten Frauen öfter Ovarialtumoren gefunden werden als bei ledigen. Die Statistik der meisten Autoren zeigt, daß unverheiratete Frauen eine weit größere Disposition zur Erkrankung zeigen. Olshausen stellte die Tatsache fest, daß Ovarialtumoren häufiger bei Nulliparen vorkommen als bei Frauen, die geboren haben. Dies konnte aber Generson nicht bestätigen. Durch sein aufgestelltes Material der Baseler Frauenklinik wird uns gezeigt, daß auf 1000 Patientinnen mit Ovarialtumoren in den Jahren 1901—1934, 735 = 73,5% verheiratete und 265 = 26,5% ledige Frauen kamen. Lippert stellte die Statistik von 66 Patientinnen auf, davon waren 21 ledig und 45 verheiratet. Auch in der Würzburger Universitätsfrauenklinik

Die gutartigen Ovarialtumoren.

(Bericht über 180 Fälle in der Zeit vom 1. 1. 32 bis 31. 7. 38)

Über die Ursachen der proliferierenden Ovarialtumoren ist klinisch nichts Sicheres bekannt. Bei gutartigen Ovarialtumoren soll die Frage nach hereditären Einflüssen berechtigt sein (Mayer). Löhlein, Martin, Simpson weisen sogar auf das Vorkommen von Ovarialtumoren bei Blutsverwandten hin. Sicher angeboren sind die wenigen Fälle von Ovarialtumoren beim Foetus. Sie sind aber so selten, daß man aus ihnen für die Aetiologie der Ovarialtumoren keine Schlüsse ziehen kann.

Bei Dermoiden und Teratomen müssen angeborene Ursachen vorliegen, nach den Beobachtungen, daß viele Dermoide im jugendlichen Alter auftreten (Meyer, Veit - Stöckel). Schröder glaubt, daß auch die anderen Ovarialtumoren als kleinerbsengroße Cysten, aus denen sich später die Geschwülste entwickeln, angeboren sein können. Über das familiäre Auftreten von Dermoiden ist schon viel von Autoren berichtet worden. Thadewald berichtet, daß man Ovarialtumoren jeder Art schon im frühesten Alter findet, bevorzugt sei die Zeit der Pubertät. Darunter nehmen die malignen Tumoren, bei denen die Sarkome dominieren, einen außerordentlichen Prozentsatz ein. Oft sind dann mit Ovarialtumoren verbunden: Menstruatio praecox und häufige Stieltorsion.

Das zur Bildung von Ovarialtumoren disponierte Alter sind die Jahre der sexuellen Reife vom 21.—45. Lebensjahre, und der beginnenden Menopause. Ob nun das Geschlechtsleben einen Einfluß auf die Bildung von Ovarialtumoren hat, wird von den Autoren verschieden beantwortet. Byford glaubt, daß bei verheirateten Frauen öfter Ovarialtumoren gefunden werden als bei ledigen. Die Statistik der meisten Autoren zeigt, daß unverheiratete Frauen eine weit größere Disposition zur Erkrankung zeigen. Olshausen stellte die Tatsache fest, daß Ovarialtumoren häufiger bei Nulliparen vorkommen als bei Frauen, die geboren haben. Dies konnte aber Generson nicht bestätigen. Durch sein aufgestelltes Material der Baseler Frauenklinik wird uns gezeigt, daß auf 1000 Patientinnen mit Ovarialtumoren in den Jahren 1901—1934, 735 = 73,5% verheiratete und 265 = 26,5% ledige Frauen kamen. Lippert stellte die Statistik von 66 Patientinnen auf, davon waren 21 ledig und 45 verheiratet. Auch in der Würzburger Universitätsfrauenklinik

wurde eine Statistik von 180 gutartigen Ovarialtumoren aufgestellt, davon waren 43 Frauen ledig und 137 verheiratet.

Es sei mir nun erlaubt, Bericht zu erstatten über 180 Patientinnen, die in der Zeit vom 1. Januar 1932 bis 31. Juli 1938 in der Universitäts-Frauenklinik Würzburg wegen gutartiger Ovarialtumoren in Behandlung waren. Diese Arbeit schließt sich an den Bericht von Walther Eichelsbacher, der über 425 Fälle von in der Zeit vom 1. 4. 1923 bis zum 31. 12. 1931 in der hiesigen Klinik behandelten gutartigen Ovarialtumoren referierte.

Zunächst bringe ich einen kurzen Auszug aus den 180 in Frage kommenden Krankengeschichten.

A. Kasuistik.

1932.

1. A. Rosa, 29 J., verh., III-para. 12. 1. 32. Krbl. Nr. 19.
   Klin. Diagnose: Dermoid-li. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors; Rö.; Path.-anat. Diagnose: Dermoid. Erfolg: geheilt entlassen.
2. W. Rosa, 17 J., ledig, 0-para. 28. 1. 32. Krbl. Nr 64.
   Klin. Diagnose: Dermoid-li; Anämie. Klin. Therapie: Dermoid-Exstirpation li. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Peritonitis diffusa. Erfolg: gestorben. Obduktion: Eitrige fibrinöse Peritonitis; Bronchopneumonie.
3. M. Maria, 43 J., verh., II-para. 1. 2. 32. Krbl. Nr. 74.
   Klin. Diagnose: Rechtss. kindskopfgroße Ovarialcyste. Operat. Diagnose: Rechtss. kindskopfgroße Ovarialcyste; uterus myomatosus. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste. Path.-anat. Diagnose: Fibroadenom. Erfolg: geheilt entlassen.
4. M. Margarete, 33 J., verh., I-para. 11. 2. 32. Krbl. Nr. 99.
   Klin. Diagnose: Linkss. pseudointraligamentärer cystischer Ovarialtumor von Faustgröße. Klin. Therapie: Entfernung der linken Adnexe. Path.-anat. Diagnose: Tubo-ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.
5. H. Emma, 32 J., verh., 0-para. 1. 3. 32. Krbl. Nr. 138.
   Klin. Diagnose: Kindskopfgroßer Ovarialtumor li. Klin. Therapie: Oophorectomia sinistra; Appendectomie. Path.-anat. Diagnose: Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.
6. Ü. Rosa, 35 J., ledig, 0-para. 15. 3. 32. Krbl. Nr. 165.
   Klin. Diagnose: Schizophrenie; intralig. entwickelter doppelmannskopfgroßer rechtss. Parovarialtumor; Läsion der Blase. Klin. Therapie: Totalexstirpation von uterus und Adnexen; Blasennaht. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Fieber. Path.-anat. Diagnose: subseröses Fibromyom. Erfolg: geheilt entlassen.
7. S. Wilhelmine, 48 J., verh., V-para. 21. 3. 32. Krbl. Nr. 174.
   Klin. Diagnose: Linkss. Ovarialtumor; descensus vaginalis III. Operat. Diagnose: Faustgroßer linkss. Parovarialtumor; gestieltes Fibrom, intraperitoneal entw. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors; Appendectomie. Patol.-anatom. Diagnose: Parovarialcyste; Fibrom. Erfolg: geheilt entlassen.

8. B. Betty, 25 J., verh., II-para. 12. 4. 32. Krbl. Nr. 203.
Klin. Diagnose: Linkss. Ovarialcyste. Operat. Diagnose: Linkss. mandarinengroße Ovaralcyste: Metrorrhagie. Klin. Therapie: Salpingoooophorectomia sinistra; Appendectomie. Pathol.-anatom. Diagnose: Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

9. B. Josefine, 37 J., verh., Zwillinge. 19. 4. 32. Krbl. Nr. 219.
Klin. Diagnose: Zwei mannsfaustgroßer cystischer sehr stark mit der Umgebung verwachsener rechtss. Ovaialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. Schokoladencyste; linkss. cystisches degeneriertes Ovar; starke Verwachsungen der gesamten Beckenorgane. Klin. Therapie: Exstirpation der rechtss. Schokoladencyste. Exstirpation der linken Tube mit Ovar. Erfolg: geheilt entlassen.

10. W. Maria, 56½ J., verh., IV-para. 2. 5. 32. Krbl. Nr. 239.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Überkindskopfgroßer linkss. mehrkammriger cystischer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors mit der linken Tube. Pathol.-anatom. Diagnose: Multilokuläres Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

11. F. Rosa, 29 J., verh., II-para. 13. 5. 32. Krbl. Nr. 267.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. mandarinengroßer Ovarialtumor; linkss. Haematosalpinx. Klin. Therapie: Salpingooophorectomia dextra; Abrasio; Salpingektomia sinistra. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

12. Z. Lina, 39 J., IV-para. 18. 5. 32. Krbl. 272.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor im Douglas; Gravidität m III. Klin. Therapie: keine Operation; Operation entweder intra oder post partum. Tumor kein Geburtshindernis. Erfolg: unbehandelt entlassen. Pat. hat seit ihrer Entlassung keine Beschwerden gehabt.

13. St. Anna, 54 J., verh., VII-para. 16. 6. 32. Krbl. Nr. 328.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Multilokuläres Pseudomucinkystom des re. Ovars. Stieldrehung um 180. Klin. Therapie: Oophorektomia utraque. Path.-anat. Diagnose: Gutartiges schleimbildendes multilokuläres Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

14. K. Salome, 48 J., verh., III-para. 30. 6. 32. Krbl. Nr. 346.
Klin. Diagnose: Ovarialkystom. Operat. Diagnose: Rechtss. pseudomucinkystom des Ovars. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Schleimbildendes multilokuläres Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

15. K. Maria, 46 J., verh., VI-para. 29. 6. 32. Krbl. Nr. 346.
Klin. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter (3 mal um 180) überfaustgroßer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Exstirpation der re. Adnexe. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

16. S. Maria, 22 J., verh., I-para. 4. 7. 32. Krbl. Nr. 353.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialcyste. Operat. Diagnose: Rechtss. mandarinengroßer cystischer Tumor. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste; Salpingektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Seröse Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

17. F. Luise, 34 J., verh., III-para. 17. 7. 32. Krbl. Nr. 374.
Klin. Diagnose: Tubargravidität li. rupt. crimen; linkss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Linkss. rupt. Tubengravidität; linkss. taubeneigroße Ovarialcyste. Klin. Therapie: Exstirpation der li. Adnexe; Douglas-

Punktion. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste; geplatzte Tubagravidität. Erfolg: geheilt entlassen.

18. M. Sophie, 27 J., ledig, 0-para. 22. 7. 32. Krbl. Nr. 396.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Multiple Fibrome in beiden Ovarien. Klin. Therapie: Exstirpation des großen Tumors; Resection beider Ovarien. Pathol.-anat. Diagnose: Gutartiges Fibrom. Erfolg: geheilt entlassen.

19. L. Maria, 43 J., verh., 0-para. 23. 7. 32. Krbl. Nr. 398.
Klin. Diagnose: Großer stielgedrehter Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Große einkammrige rechtss. infolge Stieldrehung schwer verwachsene Ovarialcyste. Klin. Therapie: Lösung der Adhäsionen; Oophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Gutartige Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

20. G. Margareta, 30 J., verh., 0-para. 28. 7. 32. Krbl. Nr. 412.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. mandarinengroßer einkammriger Ovarialtumor; Hydrosalpinx li.; uterus myomat. Klin. Therapie: Abrasio; Oophorektomia dextra; Salpingektomia sinistra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Luteincyste im Ovar. Erfolg: geheilt entlassen.

21. H. Auguste, 36 J., verh., III-para. 2. 8. 32. Krbl. Nr. 422.
Klin. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Kindskopfgroßer stielgedrehter (zweimal 180) rechtss. anteuteriner cystischer Ovarialtumor und stielgedrehte Tube. Klin. Therapie: Salpingo-oophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Fibrom. Erfolg: geheilt entlassen.

22. G. Babette, 24 J., verh., II-para. 9. 8. 32. Krbl. Nr. 436.
Klin. Diagnose: Doppels. Ovarialtumoren bei Gravidität in mens II. Operat. Diagnose: Doppels. faustgroße Ovarialtumoren (Dermoid) bei Schwangerschaft. Klin. Therapie: Resectio ovar. utraque; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoid. Erfolg: geheilt mit intakter Gravidität.

23. D. Katharina, 31 J., verh., I-para. 15. 8. 32. Krbl. Nr. 440.
Klin. Diagnose: Rechtss. corpus luteum-cyste. Operat. Diagnose: Rechtss. kleine Ovarialcyste; intrauterine Gravidität. Klin. Therapie: Salpingo-oophorektomia dextra; Abrasio; interruptio grav. uterin. Path.-anat. Diagnose: Im rechss. Ovar ein großes corpus luteum. Erfolg: geheilt entlassen.

24. G. Margarete, 36 J., verh., III-para. 6. 9. 32. Krbl. Nr. 473.
Klin. Diagnose: Linkss. Dermoid des Ovariums. Operat. Diagnose: Linkss. gänseeigroßer Ovarialtumor (Dermoid). Klin. Therapie: Exstirpation; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoid. Erfolg: geheilt entlassen.

25. S. Angelina, 30 J., verh., III-para. 7. 9. 32. Krbl. Nr. 480.
Operat. Diagnose: Rechtss. stielgedrehte (2 mal 180) mannskopfgroße Ovarialcyste (im Puerperium); cystisch verändertes linkss. Ovar. Klin. Therapie: Exstirpation der re. Adnexe. Path.-anat. Diagnose: Stielgedrehte Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

26. H. Anna, 60 J., verh., III-para. 2. 10. 32. Krbl. Nr. 520.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. mannskopfgroßer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Exstirpation des re. Ovarialtumors und des li. Ovars. Path.-anat. Diagnose: Schleimbildendes Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

27. P. Elise, 35 J., verh., III-para. 16. 10. 32. Krbl. Nr. 542.
Klin. Diagnose: Rechtss. Tubargravidität u. cystisches Ovar. Operat.

Diagnose: Rechtss. Tubargravidität; Resectio ovarii dextri; Haematocele retrout. Klin. Therapie: Douglas-Punktion; Salpingektomia dextra; Resectio ovar. dextri. Path.-anat. Diagnose: Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

28. St. Rita, 19 J., ledig, 0-para. 5. 11. 32. Krbl. Nr. 578.
Klin. Diagnose: Hühnereigroßes cystisches stark bewegliches Ovarium; Amenorrhoe. Klin. Therapie: Keine Operation; Abrasio; hormonale Behandlung. Erfolg: geheilt entlassen.

29. N. Paula, 51 J., verh., 0-para. 18. 11. 32. Krbl. Nr. 606.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Linkss. stielgedrehter Ovarialtumor; Pyosalpinx utraque. Klin Therapie: Ovarektomia sinistra; Douglas-Drainage. Path.-anat. Diagnose: Multilokuläres papilläres seröses Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

30. L. Juliane, 32 J., verh., III-para. 21. 11. 32. Krbl. Nr. 610.
Klin. Diagnose: Rechtss. cystischer Ovarialtumor u. Gravidität (M. III—IV). Operat. Diagnose: übermannsgroßer beweglicher cystischer rechtss. Ovarialtumor. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumos; Laparaskopie. Path.-anat. Diagnose: Gutartige Cyste. Erfolg: geheilt mit ungestörtem Weiterverlauf der Gravidität.

31. L. Anna, 35 J., verh., V-para. 30. 11. 32. Krbl. Nr. 631.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor; Desc. II—III. Operat. Diagnose: Übermannskopfgroße linkss. stielgedrehte (1 mal 180) seröse Ovarialcyste. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sinistra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Gutartige Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

32. T. Käthe, 19 J., ledig, 0-para. 7. 12. 32. Krbl. Nr. 649.
Klin. Diagnose: Rechtss. Tuboovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. Tuboovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

33. B. Margarete, 58 J., verh., III-para. 13. 12. 32. Krbl. Nr. 657.
Klin. Diagnose: Linkss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Linkss. Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Fibrom. Erfolg: geheilt entlassen.

34. W. Sabina, 34 J., verh., VI-para. 9. 12. 32. Krbl. Nr. 677.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste. Operat. Diagnose: Linkss. kindskopfgroße seröse Ovarialcyste; rechtss. cystisches Ovar. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sinistra; Stichelung des re. Ovars nach Lösungen von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

1933.

35. H. Meta, 27 J., verh., 0-para. 1. 2. 33. Krbl. Nr. 19.
Klin. Diagnose: Hypermenorrhoe; linkss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Hypermenorrhoe; kleinfaustgroßer linkss. Ovarialtumor; Appendicopathia chron. Klin. Therapie: Abrasio; Salpingooophorektomia sinistra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste. Erfolg: geheilt entlassen.

36. St. Thekla, 58 J., ledig, 0-para. 10. 2. 33. Krbl. Nr. 20.
Diagnose: Uterus myomatosus; hühnereigroße linkss. Schokoladencyste im Ovar. Klin. Therapie: Supravaginale Amputation des Uterus. Komplikationen im Krankheitsverlauf: emboliartiger Kollapszustand auf Grund

einer Coronarsklerose. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste. Erfolg: geheilt entlassen.

37. B. Rosalie, 64 J., verh., I-para. 20. 2. 33. Krbl. Nr. 95.
Klin. Diagnose: Doppels. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Faustgroße doppels. Ovarialtumoren bei Adipositas und Ascites. Klin. Therapie: Oophorektomia utraque. Path.-anat. Diagnose: Kystome. Erfolg: geheilt entlassen.

38. D. Katharina, 32 J., verh., II-para. 17. 3. 33. Krbl. Nr. 145.
Operat. Diagnose: Rechtss. Ovarialcyste; intralig. linkss. Tuboovarialcyste. Klin. Therapie: Ovarektomia dextra; Salpingooophorektomia sinistra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Tuboovarialcyste li. Ovarialtumor re. Erfolg: geheilt entlassen.

39. Sch. Viktoria, 38 J., verh., 0-para. 23. 3. 33. Krbl. Nr. 154.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. kindskopfgroßer Ovarialtumor (Schokoladencyste). Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste. Erfolg: geheilt entlassen.

40. M. Margarete, 43 J., verh., II-para. 18. 4. 33. Krbl. Nr. 202.
Klin. Diagnose: Uterus myomat.; doppels. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Uterus myomat.; intralig. entwickelte doppels. hühnereigroße cystische Ovarialtumoren. Klin. Therapie: Supravaginale Amputation des Uterus; Salpingooophorektomia utraque. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Postoperative Schock. Path.-anat. Diagnose: 1. Corpus luteum-Cyste; 2. Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

41. V. Regina, 62 J., verh., VI-para. 6. 5. 33. Krbl. Nr. 234.
Klin. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter (3 mal 180) kindskopfgroßer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Haemorrhagische Ovarialcyste. Erfolg: geheilt in die chirurg. Klinik verlegt. Diagnose: Postoperative Parotitis re.; Subcut. Abscess am Rücken; Fieber. Therapie: Incisionen. Erfolg: geheilt entlassen.

42. B. Maria, 27 J., verh., I-para. 17. 5. 33. Krbl. Nr. 254.
Klin. Diagnose: Retroflexio uteri mobile; rechtss. Ovarialcyste. Operat. Diagnose: einkammrige hühnereigroße rechtss. Ovarialcyste; Retroflexio uteri mobile. Klin. Therapie: Appendektomie; Resectio ovarii dextri; Profixur nach Baldy-Frank. Path.-anat. Diagnose: Follikelcyste und Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

43. H. Agnes, 42 J., verh., V-para. 22. 5. 33. Krbl. Nr. 260.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialcyste; Cervixmyom. Operat. Diagnose: Rechtss. Parovarialcyste; kleines Cervixmyom. Klin. Therapie: Abrasio; Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: einkammrige seröse Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

44. W. Anna, 26 J., ledig, 0-para. 26. 5. 33. Krbl. Nr. 267.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Mannsfaustgroßer rechtss. Ovarialtumor. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors; Appendektomie. Erfolg: geheilt entlassen.

45. Sch. Josefa, 50 J., verh., IX-para. 26. 5. 33. Krbl. Nr. 268.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter rechtss. Ovarialtumor; Statium septicum. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Schwere Sepsis mit septischer Pneumonie und schwerer Kreislaufinsuffizienz. Path.-anat. Diagnose: Stiel-

gedrehte Ovarialcyste. Erfolg: Gegen ärztl. Rat sterbend nach Hause geholt, außerhalb gestorben.

46. H. Elisabeth, 42 J., verh., 0-para. 29. 5. 33. Krbl. Nr. 272.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Große intralig. entwickelte rechtss. Ovarialcyste. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

47. Sch. Anna, 35 J., verh., II-para. 1. 6. 33. Krbl. Nr. 289.
Klin. Diagnose: Rechtss. stielgedrehte Ovarialcyste; Schwangerschaft im 3. Monat. Operat. Diagnose: Stielgedrehte (2 mal 180) faustgroße rechtss. Ovarialcyste bei Schwangerschaft im 3. Mon. Klin. Therapie: Oophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: einkammrige Ovarialcyste mit haemorrhagischer Flüssigkeit. Erfolg: geheilt entlassen.

48. Sch. Anna, 35 J., verh., 0-para. 18. 6. 33. Krbl. Nr. 296.
Klin. Diagnose: Thyriotoxischer Zustand; linkss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Vom li. Ovar ausgehende faustgroße Teercyste. Klin. Therapie: Exstirpation der li. Adnexe. Path.-anat. Diagnose: Corpus luteum-Cyste. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Versagen des Herzens; Herztod. Erfolg: gestorben.

49. H. Lina, 24 J., ledig, 0-para. 19. 6. 33. Krbl. Nr. 298.
Klin. Diagnose: Mannskopfgroßes linkss. Ovarkystom. Operat. Diagnose: Mannskopfgroßes linkss. Ovarkystom. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sinistra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

50. B. Elisabeth, 56 J., verh., V-para. 1. 7. 33. Krbl. Nr. 316.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor; indirekte Leistenhernie. Operat. Diagnose: Rechtss. intralig. Parovarialcyste; rechtss. indirekte Leistenhernie. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste; Leistenbruchoperation nach Hackenbruch. Path.-anat. Diagnose: Schleimbildendes Kystoadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

51. E. Babetta, 71 J., verh., IV-para. 14. 7. 33. Krbl. Nr. 337.
Klin. Diagnose: Großer cystischer Ovarialtumor; Totalprolaps mit Decubitalulcus. Klin. Therapie: Wegen hohen Alters von Operation des Ovarialtumors Abstand genommen. Erfolg: ungeheilt entlassen.

52. G. Maria, 40 J., ledig, 0-para. 17. 7. 33. Krbl. Nr. 342.
Klin. Diagnose: Linkss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Kleinkindskopfgroße linkss. Parovarialcyste; Appendikopathia chron. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

53. St. Babetta, 36 J., ledig, 0-para. 15. 8. 33. Krbl. Nr. 355.
Klin. Diagnose: Linkss. Parovarialcyste. Operat. Diagnose: Linkss. gut mannsfaustgroße Parovarialcyste. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors unter Belassung des li. Ovars. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

54. B. Maria, 23 J., verh., II-para. 3. 8. 33. Krbl. Nr. 370.
Klin. Diagnose: Linkss. Ovarialcyste. Operat. Diagnose: Linkss. hühnereigroße Ovarialcyste. Klin. Therapie: Ausschälung der li. Cyste; Exstirpation der re. Tube. Erfolg: geheilt entlassen.

55. V. Therese, 59 J., verh., IV-para. 14. 8. 33. Krbl. Nr. 390.
Klin. Diagnose: Doppelseitige Ovarialcysten. Operat. Diagnose: Doppels. damenfaustgroße einkammrige Ovarialcysten. Klin. Therapie: Exstirpation

der Cysten unter Zurücklassung der Tuben. Path.-anat. Diagnose: Seröse Ovarialcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

56. F. Lenchen, 48 J., verh., IV-para. 16. 8. 33. Krbl. Nr. 395.
Klin. Diagnose: Linkss. Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Linkss. zweifaustgroße Ovarialcyste. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors unter Belassung der li. Tube. Path.-anat. Diagnose: Gutartiges Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

57. S. Luise, 27 J., verh., 0-para. 7. 10. 33. Krbl. Nr. 503.
Klin. Diagnose: Rechtss. Ovarialcyste; linkss. Tuboovarialtumor. Operat. Diagnose: Adhäsionen; rechtss. Ovarialcyste; entzündl. Tuboovarialtumor links. Klin. Therapie: Exstirpation der re. Ovarialcyste unter Erhaltung des re. Ovars; Salpingoovarektomia sinistra. Path.-anat. Diagnose: Seröse haemorrhagische Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

58. W. Lina, 34 J., verh., VI-para. 16. 10. 33. Krbl. Nr. 522.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Kystadenoma pseudomucinosum permagnum ovarii dextri. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinkystom des Ovars mit schleimhaltigem Inhalt. Erfolg: geheilt entlassen.

59. R. Maria, 35 J., verh., VI-para. 19. 10. 33. Krbl. Nr. 532.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste li.; Parovarialtumor re. Operat. Diagnose: Ovarialcyste li.; Parovarialtumor re. Klin. Therapie: Exstirpation der li. Ovarialcyste und des re. Parovarialtumors; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Seröse Ovarialcyste; Tubargravidität mit Haematom; kein Parovarialtumor. Erfolg: geheilt entlassen.

60. Z. Katharina, 34 J., verh., II-para. 23. 10. 33. Krbl. Nr. 537.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor li. Operat. Diagnose: zweimannsfaustgroßes linkss. Ovarialkystom. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie. Erfolg: geheilt entlassen.

61. S. Maria, 29 J., verh., I-para. 30. 10. 33. Krbl. Nr. 556.
Klin. Diagnose: Linkss. stielgedrehter Ovarialtumor bei Schwangerschaft im 3. Mon. Operat. Diagnose: Linkss. mannskopfgroße stielgedrehte (2 mal 360) Ovarialcyste am Peritoneum verklebt; Stieldrehung der Tube; Peritonitische Reizung; Gravidität im 3. Mon. Klin. Therapie: Exstirpation der li. Cyste nebst Tube. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste mit haemorrhagischem serösem Inhalt. Erfolg: geheilt entlassen.

62. Sch. Maria, 41 J., verh., III-para. 18. 11. 33. Krbl. Nr. 589.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Rechtss. kindskopfgroßer stielgedrehter (360) Ovarialtumor; kleincystische Degeneration des li. Ovars. Klin. Therapie: Entfernung der re. Ovarialcyste und der re. Tube; Stichelung des li. Ovars; li. Ovar bleibt erhalten. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

63. Sch. Maria, 52 J., verh., IV-para. 22. 11. 33. Krbl. Nr. 598.
Klin. Diagnose: Desc. vag. I; Ovarialtumor li.; Bronchitis acuta. Pat. auf eigenen Wunsch unbehandelt entlassen zur Heilung der Bronchitis acuta; Pat. will zur Operation wieder kommen. Pat. hat keine Beschwerden, ist nicht erschienen.

64. H. Hildegard, 21 J., ledig, 0-para. 22. 11. 33. Krbl. Nr. 602.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste li. Operat. Diagnose: Linkss. intralig. Parovarialcyste. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

65. St. Luise, 37 J., verh., VI-para. 28. 11. 33. Krbl. Nr. 614.
Klin. Diagnose: Totalprolaps; Ovarialtumor li. mit Ascites. Operat. Diagnose: Riesenkystom des li. Ovars; Stieldrehung (2 mal 360). Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors unter Mitnahme der Tube. Path.-anat. Diagnose: Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

66. B. Ludwina, 39 J., verh., III-para. 6. 12. 33. Krbl. Nr. 695.
Klin. Diagnose: Desc. vag. 3; Ovarialtumor li. Operat. Diagnose: Ovarialcyste li.; Verdacht auf Osteomalacie. Klin. Therapie: Entfernung der linkss. Ovarialcyste; Entfernung der re. Adnexe wegen Osteomalacieverdacht; Revision von Beckenwand. Path.-anat. Diagnose: Seröse Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

1934.

67. H. Margarete, 28 J., verh., II-para. 17. 1. 34. Krbl. Nr. 46.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor li. Operat. Diagnose: Linkss. zweifaustgroßer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

68. St. Josefine, 57 J., verh., VII-para. 21. 1. 34. Krbl. Nr. 52.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter Ovarialtumor li.; Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Vom li. Ovar ausgehendes, den Bauchraum fast ausfüllendes mehrkammriges Kystadenom, um 360 stielgedreht unter Einbeziehung der Tube; faustgroßes, vom re. Ovar ausgehendes Kystadenom. Klin. Therapie: Entfernung des li. Ovarialtumors unter Mitnahme der li. Tube; Entfernung des re. Ovarialtumors. Path.-anat. Diagnose: Kystadenom (beiderseitig). Erfolg: geheilt entlassen.

69. B. Maria, 28 J., verh., II-para. 1. 2. 34. Krbl. Nr. 82.
Klin. Diagnose: Faustgroßer Ovarialtumor li. Operat. Diagnose: Überfaustgroßer linkss. Tumor verbacken mit Umgebung und Netz, mit Stieldrehung (360°). Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

70. M. Margarete, 34 J., ledig, 0-para. 21. 2. 34. Krbl. Nr. 133.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Rechtss. intralig. Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

71. K. Elise, 46 J., ledig, 0-para. 8. 3. 34. Krbl. Nr. 80.
Klin. Diagnose: Linkss. intralig. entwickelte Ovarialcyste und kleinere re. Operat. Diagnose: Faustgroße pralle linkss. intralig. Ovarialcyste; kleinere schlaffe intralig. Cyste re. Klin. Therapie: Ausschälung der li. Cyste mit Salpingektomia sin.; teilweise Resektion der re. Cyste und re. Tube. Path.-anat. Diagnose: Seröses papilläres Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

72. Sch. Paula, 28 J., verh., III-para. 18. 3. 34. Krbl. Nr. 196.
Klin. Diagnose: Ovarialgravidität re. Operat. Diagnose: Rupt. Ovarialgravidität re. (Rupturstelle im Ovar). Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Erfolg: geheilt entlassen.

73. K. Juliane, 40 J., verh., III-para. 23. 4. 34. Krbl. Nr. 276.
Klin. Diagnose: Linkss. übermannskopfgroßes Ovarialkystom. Operat. Diagnose: Linkss. übermannskopfgroßes Ovarialkystom. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors unter Mitnahme der Tube; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Schleimbildendes Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

74. G. Anna, 57 J., verh., III-para. 26. 4. 34. Krbl. Nr. 284.
Operat. Diagnose: Doppels. Ovarialtumoren. Klin. Therapie: Salpingo-oophorektomia utraque; Rö.-Nachbestrahlung. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

75. B. Wilhelmine, 32 J., verh., 0-para. 8. 5. 34. Krbl. Nr. 307.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor. Operat. Diagnose: gut mannskopfgroße pralle cystische linkss. intralig. entwickelte Ovarialcyste; kleine Parovarialcyste re.; ausgedehnte Verwachsung sowohl des Uterus als auch der Adnexe mit ihrer Umgebung. Klin. Therapie: Entfernung der kleinen Parovarialcyste re.; teilweise Resektion der linkss. Tumorkapsel; Vernähung der Kapselreste mit dem lig. latum. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

76. A. Apoll., 30 J., verh., IV-para. 24. 5. 34. Krbl. Nr. 334.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Kindskopfgroßer cystischer rechtss. stielgedrehter (3 mal 180°) Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

77. R. Katharina, 33 J., verh., I-para. 29. 5. 34. Krbl. Nr. 342.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste re. mit Hydrosalpinx; Parovarialcyste li.; Adhäsionen von Uterus und Adnexen. Operat. Diagnose: Ausgedehnte Adhäsionen von Uterus und Adnexen; frauenfaustgroße Ovarialcyste re. mit Hydrosalpinx; kleine linkss. Parovarialcyste. Klin. Therapie: Lösung der Verwachsungen; Eröffnung und Versorgung der linkss. Parovarialcyste; Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

78. L. Antonie, 34 J., verh., IV-para. 1. 6. 34. Krbl. Nr. 345.
Klin. Diagnose: Intralig. Parovarialcyste; Adnexitis dextra chron Operat. Diagnose: Linkss. kindskopfgroße intralig. entwickelte Parovarialcyste; rechtss. Adnexitis chron.; Adhäsionen. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste unter Mitnahme des lig. rotundum und der li. Tube. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

79. G. Johanna, 26 J., verh., I-para. 4. 6. 34. Krbl. Nr. 354.
Klin. Diagnose: Verdacht auf Tubargravidität; Ovarialcysteli; Salpingitis chron. utraque. Operat. Diagnose: Linkss. taubeneigroße Ovarialcyste; Salpingitis chron. utraque; Verdacht auf Tubargravidität. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Abrasio; Salpingektomia dextra. Erfolg: geheilt entlassen.

80. D. Maria, 34 J., verh., III-para. 21. 6. 34. Krbl. Nr. 388.
Klin. Diagnose: Intralig. Cyste li.; Adhäsionen. Operat. Diagnose: Linkss. hühnereigroße intralig. Cyste; ausgedehnte Adhäsionen eines großen Darmkonvoluts mit Uterus und Adnexe; Menorrhagien. Klin. Therapie: Abrasio; Exstirpation der intralig. Cyste unter teilweiser Zurücklassung des Cystensackes. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlasssen.

81. St. Berta, 58 J., verh., VII-para. 19. 7. 34. Krbl. Nr. 454.
Operat. Diagnose: Rechtss. kindskopfgroßer cystischer Ovarialtumor im cav. Douglasii sin. et antepositio uteri. Klin. Therapie: Exstirpation des rechtss. cystischen Ovars und Salpingektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

82. S. Bernhardine, 24 J., ledig, 0-para. 20. 7. 34. Krbl. Nr. 458.
Operat. Diagnose: zweimannskopfgroßer teils cystischer teils solider intral. entwickeltes Ovarialtumor mit ausgedehnten Adhäsionen. Klin. Therapie:

Lösung der Adhäsionen; Ausschälung des Tumors aus seinem Bett in toto unter Mitnahme beider krankhaft veränderten Tuben. Path.-anat. Diagnose: Schleimbildendes Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

83. A. Margarete, 25 J., ledig, 0-para. 15. 8. 34. Krbl. Nr. 519.
Klin. Diagnose: Hydrosalpinx li.; Ovarialtumor; Appendicitis; wegen Sterilisation eingewiesen. Klin. Therapie: Sterilisation; Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

84. R. Rosa, 27. J., verh., 0-para. 24. 8. 34. Krbl. Nr. 534.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste li.; cystisches vergrößertes Ovar re. Operat. Diagnose: Linkss. überfaustgroßes Ovarialkystom; cystisches vergrößertes Ovar re. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Stichelung des re. Ovars; Appendektomie. Erfolg: geheilt entlassen.

85. R. Helene, 41 J., ledig, VI-para. 31. 8. 34. Krbl. Nr. 550.
Operat. Diagnose: Rechtss. Ovarialcyste. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

86. Z. Grete, 26 J., ledig, 0-para. 6. 11. 34. Krbl. Nr. 655.
Klin. Diagnose: Li. Tubarabort; li. faustgroße Ovarialcyste; kleinapfelgroße Ovarialcyste re. mit breiten Adhäsionen der re. Tube und des Appendix. Operat. Diagnose: Linkss. Tubarabort; faustgroße linkss. Ovarialcyste; kleinapfelgroße rechtss. Ovarialcyste mit breiten Adhäsionen der re. Tube und des Appendix. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Salpingektomia dextra; Ausschälen einer rechtss. Ovarialcyste; Appendektomie; Lösung von Adhäsionen. Erfolg: geheilt entlassen.

87. P. Luise, 39 J., verh., II-para. 10. 11. 34. Krbl. Nr. 664.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor li. mit Verwachsungen der Darmschlingen; Netzadhäsionen. Operat. Diagnose: Linkss. Ovarialtumor in breiten Verwachsungen mit den Darmschlingen eingebettet; Netzadhäsionen. Klin. Therapie: Ovariektomia sin.; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Cystischer Ovarialtumor. Erfolg: geheilt entlassen.

88. W. Maria, 32 J., verh., I-para. 12. 12. 34. Krbl. Nr. 715.
Klin. Diagnose: Doppels. multilokuläre Ovarialcysten, verwachsen mit Uterus und Darm. Operat. Diagnose: Doppels. miteinander, mit der Uterusrückfläche und mit den Darmschlingen breit verwachsene Ovarialtumoren. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque; Lösung von Adhäsionen; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

1935.

89. A. Grete, 37 J., verh., III-para. 17. 1. 35. Krbl. Nr. 42.
Operat. Diagnose: Rechtss. zweifaustgroßer Ovarialtumor; linkss. mandarinengroße Ovarialcyste. Klin. Therapie: Salpingoooplorektomia dextra; Ausschälung des li. Ovarialtumors unter Erhaltung eines Ovarialrestes; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

90. St. Ludwina, 41 J., verh., V-para. 21. 1. 35. Krbl. Nr. 56.
Operat Diagnose: Rechtss. Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Herzschwäche; Ileus; Septischer Zustand; Fieber. Pat. wurde gegen ärzlt. Rat

auf Wunsch des Mannes ungeheilt und im Sterben liegend entlassen. Erfolg: Pat. zu Hause gestorben.

91. H. Helene, 42 J., verh., III-para. 30. 1. 35. Krbl. Nr. 28 kons.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Linkss. mannskopfgroßer langgestielter Ovarialtumor; rechtss. intralig. Ovarialtumor. Klin. Diagnose: Salpingooophorektomia sin.; Ausschälung des rechtss. intralig. Ovarialtumors; Rö.-Ra.-Bestrahlung. Path.-anat. Diagnose: Doppelseitiges pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

92. H. Margarete, 61 J., verh., I-para. 6. 2. 35. Krbl. Nr. 92.
Operat. Diagnose: Rechtss. cystischer großer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

93. T. Sabine, 23 J., ledig, 0-para. 18. 2. 35. Krbl. Nr. 115.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Rechtss. zweifaustgroßer cystischer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpiingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

94. K. Maria, 42 J., verh., I-para. 25. 2. 35. Krbl. Nr. 121.
Operat. Diagnose: Rechtss. cystischer Ovarialtumor; myomat. uterus. Klin. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis; Ovariektomia dextra; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Cystovar.. Erfolg: geheilt entlassen.

95. E. Marie, 39 J., verh., II-para. 6. 3. 35. Krbl. Nr. 135.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter cystischer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Ovariektomia sin.; Abrasio; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

96. Sch. Christine, 28 J., verh., II-pera. 6. 3. 35. Krbl. Nt. 138.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste re. (stat. post abortum). Operat. Diagnose: Rechtss. apfelgroßer cystischer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Ovariotomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Follikelcyste und Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

97. G. Anna, 46 J., ledig, 0-para. 8. 3. 35. Krbl. Nr. 143.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Zweimannskopfgroßer rechtss. cystischer Ovarialtumor; Infiltration des Netzes und des Peritoneums; Ascites; multiple schlaffe Cysten im kleinen Becken. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque unter Lösung reichlicher Netz- und Peritonealadhäsionen; Ascitespunktion. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Kystom. Erfolg: geheilt entlassen.

98. R. Katahrina, 44 J., verh., II-para. 13. 3. 35. Kril. Nr. 153.
Operat. Diagnose: Linkss. apfelgroßer Ovarialtumor; Adhäsionen mit Sigmoid und Uterusrückwand. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

99. M. Margarete, 65 J., verh., I-para. 3. 4. 35. Krbl. Nr. 196.
Operat. Diagnose: Rechtss. cystischer übergroßer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque. Path.-anat. Diagnose: Seröses papilläres Ovarialkystom. Erfolg: Pat. verläßt auf eigene Verantwortung gegen ärztl. Rat die Klinik. Erfolg: zu Hause gestorben.

100. W. Therese, 39 J., verh., I-para. 8. 4. 35. Krbl. Nr. 206.
Operat. Diagnose: Doppels. cystische Ovarialtumoren. Klin. Therapie:

Salpingooophorektomia utraque; Appendektomie; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste und Follikelcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

101. W. Karolina, 46 J., verh., III-para. 15. 4. 35. Krbl. Nr. 218.
Operat. Diagnose: Rechtss. cystischer 3 mal stielgedrehter Ovarialtumor; multiple gestielte subseröse Myome des Uterus. Klin. Therapie: Salpingo-oophorektomia utraque; Myom-Enucleatio. Path.-anat. Diagnoe: Tubo-ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

102. B. Sophie, 19 J., ledig, 0-para. 23. 4. 35. Krbl. Nr. 231.
Operat. Diagnose: Stielgedrehter rechtss. Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

103. B. Barbarina, 48 J., verh., I-para. 16. 5. 35. Krbl. Nr. 273.
Operat. Diagnose: Doppels. cystische Ovarialtumoren. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Paralytischer Ileus; Peritonitis; Herzschwäche. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: gestorben. Obduktion: Peritonitis diffusa serofibrinosa; alte Aortendokarditis; Bronchopneumonische Herde; Lungenemphysem; Lungenoedem; Stauungsleber; Dilatation des li. Ventrikels + Conus pulmonalis.

104. D. Agnes, 45 J., ledig, 0-para. 27. 5. 35. Krbl. Nr. 295.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Mannsfaustgroßer rechtss. cystischer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque. Erfolg: geheilt entlassen.

105. H. Theresia, 57 J., verh., II-para. 14. 6. 35. Krbl. Nr. 326.
Operat. Diagnose: Doppels. Ovarialkystome. Klin. Therapie: Salpingo-oophorektomia utraque. Path.-anat. Diagnose: Doppels. seröse papilläre Ovarialkystome. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Pleuritis purulenta; Pleuraempyem. Pat. verlegt in die chirurg. Klinik. Therapie: Rippenresektion. Erfolg: geheilt entlassen.

106. E. Klara, 36 J., verh., II-para. 24. 6. 35. Krbl. Nr. 339.
Operat. Diagnose: Linkss. hühnereigroßer cystischer Ovarialtumor; Menorrhagie. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Abraso; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste. Erfolg: geheilt entlassen.

107. S. Ottilie, 25 J., led g, I-para. 13. 7. 35. Krbl. Nr. 379.
Operat. ‚Diagnose: Linkss. kindskopfgroßer cystischer Ovarialtumor; Appendikopathia chron. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

108. H. Johanna, 21 J., ledig, 0-para. 5. 8. 35. Krbl. Nr. 426.
Operat. Diagnose: Rechtss. mannskopfgroße Parovarialcyste; cystisches Ovar re. Klin. Therapie: Exstirpation der Parovarialcyste mit Salpingektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

109. Z. Coletta, 43 J., II-para. 22. 8. 35. Krbl. Nr. 469.
Operat. Diagnose: Rechtss. faustgroßer cystischer Ovarialtumor; Appendicopathia. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Seröses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

110. L. Dorothea, 40 J., verh., II-para. 25. 11. 35. Krbl. Nr. 595.
Klin. Diagnose: Stielgedrehtes papilläres Ovarialkystom li. Operat. Diagnose: Linkss. stielgedrehtes mannskopfgroßes Ovarialkystom. Klin.

Therapie: Salpingooophorektomia sin. Path.-anat. Diagnose: Papilläres Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

111. E. Rosa, 41 J., verh., I-para. 2. 12. 35. Krbl. Nr. 602.
Klin. Diagnose: Hydrosalpinx; Ovarialcyste li. Operat. Diagnose: Hydrosalpinx; linkss. Ovarialcyste; kleines subseröses Myom re. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Abrasio; Appendektomie; Enucleatio myomat. subs. Path.-anat. Diagnose: Hydrosalpinx Tuboovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

1936.

112. F. Emmy, 27 J., ledig, I-para. 9. 1. 36. Krbl. Nr. 18.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste li.; Salpingitis re. Operat. Diagnose: tennisballgroße links. Ovarialcyste; Salpingitis duplex praecipue dextra. Klin. Therapie: Salpingooophorektomie sin. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

113. R. Dorothea, 55 J., verh., VI-para. 21. 1. 36. Krbl. Nr. 46.
Operat. Diagnose: Rechtss. große einkammrige Ovarialcyste. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Erfolg: geheilt entlassen.

114. T. Paula, 37 J., ledig, 0-para. 3. 2. 36. Krbl. Nr. 64.
Operat. Diagnose: Mannsfaustgroße Parovarialcyste li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

115. V. Anna, 36 J., verh., X-para. 1. 3. 36. Krbl. Nr. 122.
Klin. Diagnose: Ovarialcyste re. in puerperio. 1. 3. 36 Partus. Operat. Diagnose: Rechtss. übergroße Ovarialcyste in Puerperio. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen; Pat. stillt ihr Kind.

116. A. Dorle, 31 J., verh., I-para. 3. 4. 36. Krbl. Nr. 177.
Operat. Diagnose: Linkss. damenfaustgroße Parovarialcyste. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste mit Keilexcision der Tube; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

117. E. Berta, 29 J., verh., 0-para. 15. 4. 36. Krbl. Nr. 187.
Operat. Diagnose: Mandarinengroße Ovarialcyste re. Klin. Therapie: Ovarektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

118. F. Babetta, 49 J., verh., IV-para. 6. 5. 36. Krbl. Nr. 221.
Operat. Diagnose: Ovarialtumor re. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque (wegen der Möglichkeit der Bösartigkeit). Path.-anat. Diagnose: Fibrom. Erfolg: geheilt entlassen.

119. K. Emmi, 44 J., verh., I-para. 13. 5. 36. Krbl. Nr. 223.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter mannskopfgroßer cystischer Ovarialtumor rechts. Operat. Diagnose: Stielgedrehte (540°) rechtss. Ovarialcyste; Retroflexio uteri myomatosi; Prolapsus vaginae III. Klin. Therapie: Vordere und hintere Plastik; Salpingooophorektomia dextra; Oophorektomia sin.; Appendektomie. Path.anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

120. U. Klara, 46 J., ledig, 0-para. 14. 5. 36. Krbl. Nr. 235.
Operat. Diagnose: Parovarialcyste li.. Ovarialcyste re.; Cystische Degeneration des Ovars re.; Uterus myomat. Klin. Therapie: Li.: Papilläres

seröses Ovarialkystom; re.: Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

121. Sch. Maria, 30 J., ledig, 0-para. 22. 5. 36. Krbl. Nr. 247.
Operat. Diagnose: Riesenparovarialcyste li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

122. L. Margarete, 32 J., verh., I-para. 25. 5. 36. Krbl. Nr. 250.
Klin. Diagnose: Doppels. Ovarialcysten; Adhäsionen; doppels. Sactosalpingen. Operat. Diagnose: Doppels. Ovarialcysten; Adhäsionen im kleinen Becken; doppels. Sactosalpingen; Adhäsionen des Sigmoid mit dem Tumor; Netzadhäsionen der vorderen Bauchwand. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Salpingektomia dextra; Cystektomie; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Corpus luteum-Cyste und Follikelcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

123. M. Minna, 34 J., verh., II-para. 27. 5. 36. Krbl. Nr. 259.
Operat. Diagnose: Rechtss. geplatztes cystisches Ovarium. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entassen.

124. B. Wally, 26 J., ledig, I-para. 14. 7. 36. Krbl. Nr. 345.
Klin. Diagnose: Tubarverdacht; Salpingitis duplex; Ovarialcyste li. Operat. Diagnose: Gravidität im II. Mon.; Corpus luteum-Cyste li.; Salpingitis utraque. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Peritonitis septica. Path.-anat. Diagnose: Corpus luteum-Cyste. Erfolg: gestorben.

125. Pf. Felicitas, 21 J., ledig, 0-para. 20. 7. 36. Krbl. Nr. 356.
Operat. Diagnose: Amtl. Sterilisation; Parovarialtumor li. Klin. Therapie: Entfernung des Tumors mit der li. Tube. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

126. W. Maria, 25 J., verh., I-para. 7. 8. 36. Krbl. 383.
Operat. Diagnose: Ovarialtumor re.; Appendicopathia chron. Klin. Therapie: Abrasio; Douglas-Punktion; Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoid. Erfolg: geheilt entlassen.

127. D. Maria, 29 J., verh., II-para. 10. 8. 36. Krbl. Nr. 386.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re. Operation von Pat. abgelehnt. Erfolg: unbehandelt entlassen.

128. B. Anna, 38 J., verh., III-para. 7. 9. 36. Krbl. Nr. 433.
Klin. Diagnose: Hühnereigroße Ovarialcyste li. Operat. Diagnose: Linkss. mandarinengroße Schokoladencyste; Cystisches Ovar re.; Adenomyosis uteris. int. et ext. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Stichelung des re. Ovars; Abrasio; Appendektomie. Erfolg: geheilt entlassen.

129. A. Babetta, 41 J., verh., II-para. 7. 9. 36. Krbl. Nr. 434.
Operat. Diagnose: Prolapsus vag. IV; seröse Ovarialcyste li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; vordere Plastik mit Blasenraffung; Profixur nach Baldy re.; Appendektomie. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Ileus; Fieber; acute Peritonitis postoperativa; mit septische Darmparalyse. Path.-anat. Diagnose: Papilläres Ovarialkystom. Erfolg: gestorben. Obduktion: Ileus; diffuse Durchwanderungsperitonitis; Leberverfettung; Stauungsorgane.

130. St. Lena, 34 J., ledig, 0-para. 10. 9. 36. Krbl. Nr. 445.
Operat. Diagnose: Intralig. Ovarialcyste re. Klin. Therapie: Oophorektomia dextra; Appendektomie. Erfolg: geheilt. Wegen Polyarthritis rheu-

matika verlegt in die innere Klinik. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Pat. wurde aus der mediz. Klinik als geheilt entlassen.

131. B. Julia, 31 J., verh., 0-para. 16. 9. 36. Krbl. Nr. 414.
Operat. Diagnose: Linkss. mandarinengroße Ovarialcyste; Endometriosis fornicalis et uteri ext. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie; Excision des Fornixknotens. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste. Erfolg: geheilt entlassen.

132. Sch. Rosa, 24 J., ledig, 0-para. 13. 10. 36. Krbl. Nr. 494.
Operat. Diagnose: Linkss. stielgedrehte (2 mal 360°) mannskopfgroße Dermoidcyste; Appendicitis chron. Klin. Therapie: Cystektomie; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

133. K. Babetta, 19 J., verh., I-para. 23. 11. 36. Krbl. Nr. 547.
Klin. Diagnose: Cystischer Ovarialtumor li. Operat. Diagnose: Linkss. tennisballgroße Ovarialcyste; Adnexitis duplex; Adhäsionen; Appendicitis chron. Klin. Therapie: Salpingektomia sin.; Cystektomie; Appendektomie; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

134. K. Emilie, 49 J., verh., I-para. 24. 11. 36. Krbl. Nr. 555.
Operat. Diagnose: Multiloculäres pseudomucinöses Kystom re. Klin. Therapie: Cystektomie; Salpingektomia dextra; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: ungeheilt entlassen.

135. Sp. Ida, 44 J., verh., VI-para. 5. 12. 36. Krbl. Nr. 575.
Operat. Diagnose: Ovarialcyste re. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Cystektomie; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste.

1937.

136. G. Susanne, 45 J., ledig, 0-para. 30. 1. 37. Krbl. Nr. 58.
Operat. Diagnose: Kindskopfgroße Parovarialcyste re. Klin. Therapie: Cystektomie; Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Papilläres Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

137. Sch. Erna, 53 J., verh., IV-para. 1. 2. 37. Krbl. Nr. 59.
Operat. Diagnose: Linkss. mannskopfgroßer stielgedrehter (360°) cystischer Ovarialtumor. Klin. Therapie: Cystektomie; Salpingektomia sin. Erfolg: geheilt entlassen.

138. E. Maria, 28 J., verh., I-para. 9. 2. 37. Krbl. Nr. 81.
Operat. Diagnose: Dermoid li. Klin. Therapie: Exstirpation der li. Adnexe; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoid. Erfolg: geheilt entlassen.

139. B. Anna, 44 J., ledig, 0-para. 20. 4. 37. Krbl. Nr. 220.
Operat. Diagnose: Uterus myomat.; Doppels. cystische degenerierte Ovarien. Klin. Therapie: Doppels. Ovarektomie. Path.-anat. Diagnose: Doppels. Follikelcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

140. M. Anna, 30 J., verh., 0-para. 11. 5. 37. Krbl. Nr. 250.
Klin. Diagnose: Adnexitis; Ovarialtumor li.; Sterilität. Operat. Diagnose: Primäre Sterilität; Ovarialtumor li.; Adnexitis; Pelveoperitonitis chron.; cystisches Ovar re.; Adhäsionen. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia lateralis sin.; Lösung von Adhäsionen; Salpingostomatoplastik re. Path.-anat. Diagnose: Follikelcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

141. K. Betty, 35 J., verh., 0-para. 21. 5. 37. Krbl. Nr. 264.
Operat. Diagnose: Ovarialcyste re.; Adnexitis chron. sin.; Cystis serosa. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Entfernung der Serosacysta li. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

142. H. Katharina, 55 J., verh., III-para. 25. 5. 37. Krbl. Nr. 271.
Operat. Diagnose: Cystoma ovarii dextri permagni. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste; Ovarektomia sin. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

143. H. Maria, 40 J., verh., I-para. 15. 6. 37. Krbl. Nr. 303.
Klin. Diagnose: Cystischer Ovarialtumor re.; Adhäsionen. Operat. Diagnose: Tuboovarialcyste re.; Adhäsionen. Klin. Therapie: Lösung von Adhäsionen; Abrasio; Salpingooophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Tuboovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

144. K. Mathilde, 24 J., ledig, 0-para. 6. 7. 37. Krbl. Nr. 334.
Operat. Diagnose: Apfelgroßer Ovarialtumor li. Klin. Therapie: Ovarektomia sin.; Appendektomie. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Peritonitis diffusa. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: gestorben. Obduktion: Diffuse Peritonitis; Lungenoedem; Hypostase.

145. D. Maria, 54 J., verh., III-para. 9. 7. 37. Krbl. Nr. 342.
Klin. Diagnose: Uterus myomat.; stielgedrehter Ovarialtumor re. Operat. Diagnose: Rechtss. stielgedrehter (360+180 = 1½°) mannskopfgroßer cystischer Ovarialtumor; Uterus myomat. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Versuch der Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

146. Sch. Johanna, 41 J., ledig, 0-para. 24. 8. 37. Krbl. Nr. 390.
Klin. Diagnose: Stielgedrehter (90°) Ovarialtumor li. Operat. Diagnose: Cystoma ovarii pseudomuc. sin.; Adhäsionen. Klin. Therapie: Lösung von Adhäsionen; Salpingooophorektomia utraque; Cystektomie; Netzresektion. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

147. H. Regina, 53 J., ledig, 0-para. 30. 8. 37. Krbl. Nr. 405.
Operat. Diagnose: Cystoma ovarii multilokulare re.; Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

148. H. Regina, 29 J., verh., III-para. 11. 9. 37. Krbl. Nr. 424.
Operat. Diagnose: Apfelgroßer (mit Hinterfläche am Douglas verwachsen und z. T. intralig. entwickelt) cystischer Ovarialtumor li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie. Path.- anat. Diagnose: Corpus luteum-Cyste und Tuboovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

149. St. Elise, 40 J., ledig, 0-para. 23. 9. 37. Krbl. Nr. 434.
Operat. Diagnose: Ovarialcyste li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Rö.-Ra.-Nachbestrahlung, weil nicht mit Sicherheit eine Malignität auszuschließen war. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

150. L. Lenchen, 54 J., verh., II-para. 27. 9. 37. Krbl. Nr. 439.
Operat. Diagnose: Mannskopfgroßer cystischer Ovarialtumor li. Klin. Therapie: Salpingoophorektomia sin.; Oophorektomia dextra (sicherheitshalber). Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

151. St. Maria, 57 J., ledig, 0-para. 30. 9. 37. Krbl. Nr. 441.
Operat. Diagnose: Multilokuläres Ovarialkystom li. Klin. Therapie:

Ocphorektomia sin. cum resectione tubae. Path.-anat. Diagnose: Seröses papilläres Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

152. St. Käthe, 28 J., verh., 0-para. 30. 9. 37. Krbl. Nr. 442.
Klin. Diagnose: Cystischer Tumor re.; primäre Sterilität. Operat. Diagnose: Stielgedrehtes Ovarialkystom re. mit schwersten Adhäsionen. Klin. Therapie: Lösung von Adhäsionen; Salpingooophorektomia dextra; Bluttransfusion. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

153. G. Josefa, 51 J., ledig, 0-para. 30. 9. 37. Krbl. Nr .443.
Klin. Diagnose: Uterus myomat.; Ovarialtumor re. Klin. Therapie: Rö.-Dauermenolyse wegen schlechten Herzbefundes; Operation abgeraten. Erfolg: gebessert.

154. B. Margarete, 43 J., verh., II-para. 5. 10. 37. Krbl. Nr. 450.
Operat. Diagnose: Ovarialcyste li.; Adnexitis re.; Retroflexio uteri fix. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Lösung der Adhäsionen; Vesicofixur. Path.-anat. Diagnose: Follikelcysten + Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

155. Sch. Maria, 33 J., verh., II-para. 25. 10. 37. Krbl. Nr. 479.
Operat. Diagnose: Schokoladencyste des re. Ovars; mandarinengroßer Ovarialtumor li.; Adhäsionen. Klin. Therapie: Lösung von Adhäsionen; Cystektomie. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste. Erfolg: geheilt entlassen.

156. S. Maria, 27 J., ledig, 0-para. 23. 11. 37. Krbl. Nr. 536.
Operat. Diagnose: Cystoma ovarii dextra. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

157. B. Auguste, 39 J., ledig, 0-para. 22. 12. 37. Krbl. Nr. 570.
Klin. Diagnose: Cystoma ovarii sin. rupt. Operat. Diagnose: Mannsfaustgroße geplatzte Teercyste li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Peritonitis; Kreislaufschwäche. Erfolg: gestorben. Obduktion: Diffuse eitrige Peritonitis; Bauchdeckenabsceß im Operationsgebiet; Darmatonie.

1938.

158. D. Anna, 61 J., verh., V-para. 3. 1. 38. Krbl. Nr. 2.
Operat. Diagnose: Doppels. Ovarialkystom; Adhäsionen; myodegeneratio cordis. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia utraque. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Doppels. Pneumonie; Trachealrasseln. Path.-anat. Diagnosee: Cystoovar. Pat. auf eigenem dringenden Wunsch nach Hause entlassen. Erfolg: Pat. kam etwa 12 Std. nach ihrer Ankunft in Königsberg (Bayern) ad exitum.

159. M. Agnes, 62 J., verh., VI-para. 3. 1. 38. Krbl. Nr. 3.
Klin. Diagnose: Kystoma ovarii sin.; Tumor ovarii dextri; Vitium cordjs; Hypertonie. Operat. Diagnose: Mannskopfgroßes pseudomucinöses Kystom des li. Ovars; kleinhühnereigroßer Tumor des re. Ovars; Myokardschaden. Klin. Therapie: Cystektomie; Oophorektomia dextra. Path.-anat. Diagnose: Doppels. pseudomucinöse Ovarialkystome. Erfolg: geheilt entlassen.

160. R. Bilhildis, 25 J., verh., I-para. 17. 1. 38. Krbl. Nr. 29.
Klin. Diagnose: Doppels. Ovarialcysten. Operat. Diagnose: Adhäsionen; faustgroße Ovarialcyste re.; mandarinengroße Ovarialcyste li. Klin. Thera-

pie: Salpingooophorektomia utraque (Erhaltung eines Teiles der Ovarien war völlig unmöglich). Path.-anat. Diagnose: Ovarialcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

161. W. Adelgunde, 47 J., verh., 0-para. 18. 1. 38. Krbl. Nr. 36.
Operat. Diagnose: Uterus myomat.; Schokoladencyste; Salpingitis li. Klin. Therapie: Cystektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Schokoladencyste und Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

162. Pf. Katharina, 58 J., verh., 0-para. 24. 1. 38. Krbl. Nr. 46.
Operat. Diagnose: Mannkopfgroßes multilokuläres Ovarialkystom li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

163. R. Frieda, 32 J., verh., II-para. 31. 1. 38. Krbl. Nr. 56.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re.; Retroflexio uteri mobile. Operat. Diagnose: Kindskopfgroßes Dermoid des re. Ovars; Adhäsionen li. Klin. Therapie: Oophorektomia dextra; Salpingektomia sin.; Lösung von Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Dermoid. Erfolg: geheilt entlassen.

164. L. Viktoria, 42 J., ledig, 0-para. 3. 2. 38. Krbl. Nr. 57.
Operat. Diagnose: Ovarialkystom li.; Adhäsionen in der Appendixgegend. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

165. Sch. Elsa, 35 J., verh., III-para. 8. 2. 38. Krbl. Nr. 76.
Operat. Diagnose: Kleinfaustgroße Ovarialcyste li.; kleincystisches Ovar re. Klin. Therapie: Exstirpation des Tumors mit den li. Adnexen; Stichelung des re. Ovars; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

166. H. Emma, 47 J., verh., V-para. 10. 2. 38. Krbl. Nr. 83.
Klin. Diagnose: Desc. vag. II—III; Metrorrhagie; kleine Ovarialcyste li. Klin. Therapie: Abrasio. Pat. wegen der Cyste aus äußeren Gründen entlassen und auf ein halbes Jahr bestellt. Pat. hat noch keine Beschwerden gehabt.

167. F. Maria, 29 J., verh., 0-para. 14. 2. 38. Krbl. Nr. 90.
Operat. Diagnose: Überfaustgroßes Cystoma ovarii sin. Klin. Therapie: Cystektomie + Salpingektomia sin.; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

168. B. Olga, 46 J., verh., V-para. 3. 3. 38. Krbl. Nr. 116.
Operat. Diagnose: Doppels. Schokoladencysten; Adhäsionen. Klin. Therapie: Exstirpation beider Adnexen; Bluttransfusion. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Postoperativer Schok.; septisch paralytischer Ileus. Path.-anat. Diagnose: Follikelcysten. Erfolg: gestorben. Obduktion: Paralytischer Ileus; Beginnende Peritonitis; Anaemie; Hydronephrosere., septische Milz.

169. B. Margarete, 27 J., verh., I-para. 7. 3. 38. Krbl. Nr. 124.
Operat. Diagnose: Linkss. apfelsinengroße stielgedrehte (2 mal 360°) Parovarialcyste. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste; Appendektomie; Salpingostomatoplastik. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

170. H. Maria, 33 J., verh., II-para. 16. 3. 38. Krbl. Nr. 140.
Operat. Diagnose: Parovarialcyste li. Klin. Therapie: Exstirpation der Cyste; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

171. L. Hedwig, 44 J., verh., III-para. 16. 3. 38. Krbl. Nr. 141.
Klin. Diagnose: Ovarialkystom li.; Metrorrhagien. Operat. Diagnose: Apfelsinengroßes Ovarialkystom li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

172. W. Emma, 24 J., verh., 0-para. 17. 3. 38. Krbl. Nr. 142.
Klin. Diagnose: Ovarilkystom li. Operat. Diagnose: Apfelgroßer Ovarialtumor li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Appendektomie als Prophylaxe; Abrasio. Path.-anat. Diagnose: Follikelcysten. Erfolg: geheilt entlassen.

173. Sch. Franziska, 62 J., verh., VI-para. 23. 3. 38. Krbl. Nr. 152.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor re.; Retroflexio uteri; Ulcera cruris. Operat. Diagnose: Wegen Ulcera cruris von einer Operation abgesehen. In einem Vierteljahr wiederbestellt. Nach dieser Zeit Operation abgelehnt, trotzdem sie Beschwerden hat.

174. L. Auguste, 28 J., verh., II-para. 9. 5. 38. Krbl. Nr. 201.
Klin. Diagnose: Ovarialtumor. Operat. Diagnose: Mandarinengroße Ovarialcyste re.; Pyovar mit Pyosalpinx und ausgedehnten Verwachsungen li. Klin. Therapie: Lösung von Adhäsionen; Resektion eines Netzteiles; Salpingooophorektomia sin; Oophorektomia dextra. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Bauchdeckenabszeß. Erfolg: geheilt entlassen.

175. D. Katharina, 56 J., verh., IV-para. 19. 5. 38. Krbl. Nr. 225.
Operat. Diagnose: Pseudomucinöses Cystadenom des li. Ovars; Uterus myomat. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; Oophorektomia dextra wegen Adhäsionen. Path.-anat. Diagnose: Pseudomucinöses Kystadenom. Erfolg: geheilt entlassen.

176. M. Rosa, 48 J., verh., I-para. 10. 6. 38. Krbl. Nr. 257.
Klin. Diagnose: Uterus myomat.; Ovarialtumor. Komplikationen im Krankheitsverlauf: Hypertension und Dekompensationserscheinungen, Probelaparotomie abgelehnt. Klin. Therapie: Rö.-Dauermenolyse. Erfolg: geheilt entlassen.

177. H. Paula, 28 J., verh., I-para. 13. 7. 38. Krbl. Nr. 314.
Operat. Diagnose: Faustgroße cystische Parovarialcyste re. Klin. Therapie: Salpingocystektomia dextra; Appendektomie. Path.-anat. Diagnose: Ovarialkystom. Erfolg: geheilt entlassen.

178. W. Babetta, 25 J., verh., II-para. 12. 7. 38. Krbl. Nr. 311.
Klin. Diagnose: Parovarialcyste li.; Blasenscheidenfistel. Operat. Diagnose: Mannskopfgroße linkss. Parovarialcyste; Retroflexio uteri mobile; Fistula vesicalis. Klin. Therapie: Ovaritomia sin.; Appendektomie; Fisteloperation. Path.-anat. Diagnose: Einfaches Kystom. Erfolg: geheilt entlassen.

179. H. Maria, 42 J., verh., VI-para. 21. 7. 38. Krbl. Nr. 330.
Klin. Diagnose: Cystischer Ovarialtumor li.; Retroflexio uteri mobilis; Desc. vag. II. Operat. Diagnose: Faustgroßer cystischer Ovarialtumor li.; Desc. vag. II; Retrofl. uteri mob. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia sin.; vordere Kolporrhaphie mit Blasenraffung; hintere Kolporrhaphie mit stumpfer Levatornaht; Profixur nach Baldy. Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste. Erfolg: geheilt entlassen.

180. R. Betty, 30 J., ledig, 0-para. 26. 7. 38. Krbl. Nr. 334.
Operat. Diagnose: Amtl. Sterilisation wegen Epilepsie; Ovarialtumor re.; Hydrosalpinx li. Klin. Therapie: Salpingooophorektomia dextra; Tubensterilisation nach Madl li. Path.-anat. Diagnose Follikelcysten + Corpus luteum-Cyste. Erfolg: geheilt entlassen.

B. Kritische Besprechung.

Im Folgenden will ich nun versuchen, einen Überblick über die 180 behandelten gutartigen Ovarialtumoren zu geben. Das vorliegende Material stammt aus der Zeit vom 1. 1. 1932 bis zum 31. 7. 1938. In dieser Zeitspanne waren 4161 gynäkologische Patientinnen in der hiesigen Klinik in stationär-gynäkologischer Behandlung. Von diesen 4161 Patientinnen wurde 242 wegen Ovarialtumoren aller Art behandelt, was einer Häufigkeit von 5,8% entspricht. Eichelsbacher spricht von 6,78%. Böhm gibt in seiner Arbeit 4,3% an, während Lippert für die Leipziger Frauenklinik eine Häufigkeit von 6,74% findet.

Rohdenburg aber behandelte von 2691 Patientinen 500 wegen Ovarialtumoren = 18%. Mayer spricht von 15,7%.

Unter den Ovarialtumoren fanden sich 180 = 74,7% gutartiger Natur und 62 = 25,3% bösartige Geschwülste.

Von den 180 Patientinnen waren 137 = 76,11% verheiratet und 43 = 23,89% ledig.

Der Tumor war in 73 Fällen = 40,55% rechts, in 81 Fällen = 45,0% links und in 19 Fällen = 10,55% bilateral lokalisiert.

Unter den 180 gutartigen Geschwülsten befanden sich:

Kystadenome	20	= 11,11%
Kystadenoma pseudomucinosa	19	= 10,55%
Kystadenoma serosa papillaria	9	= 5,0 %
Kystoma serosum	6	= 3,33%
Dermoidcysten	24	= 13,33%
Fibrome	7	= 3,89%
Ovarialtumoren ohne nähere Angaben	8	= 4,44%
Ovarilacysten ohne nähere Angaben	39	= 21,67%
Schokoladencysten	9	= 5,0 %
Corpus luteum-Cysten	13	= 7,22%
Follikelcysten	4	= 2,22%
Tubo-ovarialcysten	5	= 2,78%
Parovarialcysten	17	= 9,44%

Betrachten wir das Lebensalter, in dem die Patientinnen sich befanden, so ergibt sich:

zwischen dem	15.—20.	Lebensjahr	5	Fälle	= 2,78%
„ „	21.—30.	„	49	„	= 27,22%
„ „	31.—40.	„	54	„	= 30,0 %
„ „	41.—45.	„	25	„	= 13,89%
„ „	46.—50.	„	16	„	= 8,89%
„ „	51.—60.	„	23	„	= 12,78%
„ „	61.—70.	„	7	„	= 3,89%
„ „	71.—80.	„	1	Fall	= 0,55%

Hieraus ist zu ersehen, daß die gutartigen Ovarialtumoren zum größten Teil zwischen dem 21. und 45. Lebensjahr auftreten, nämlich in 71,11% aller Fälle, d. h. im geschlechtsreifen Alter der Frau. In den höheren Lebensjahren macht sich eine starke Abnahme in der Häufigkeit der gutartigen Tumoren bemerkbar. Die jüngste Patientin war 17 Jahre alt, die älteste zählte 74 Jahre.

a) Kystadenome.

In den von mir gesammelten 180 Fällen von Ovarialtumoren betrug die Zahl der Kystadenome 20 = 11,11%, während Rohdenburg unter 500 Fällen 14,2% fand. Über das Alter der Patientinnen klärt die folgende Tabelle auf:

Zwischen dem	15.—20.	J. befanden sich	0	Patientin.	=	0 %
„ „	21.—30.	„ „ „	4	„	=	20,0%
„ „	31.—40.	„ „ „	5	„	=	25,0%
„ „	41.—45.	„ „ „	0	„	=	0 %
„ „	46.—50.	„ „ „	1	„	=	5,0%
„ „	51.—60.	„ „ „	8	„	=	40,0%
„ „	61.—70.	„ „ „	2	„	=	10,0%

Im geschlechtsreifen Alter (21—45 J.) befanden sich 9 Patientinnen = 45,0%.

In den hiesigen Fällen waren 2 Patientinnen ledig = 10,0% und 18 Patientinnen verheiratet = 90,0%.

In den hiesigen Fällen fand sich folgende Lokalisation: rechts 6 = 30,0%, links 12 = 60,0%, bilateral 3 = 15,0%. Stielgedreht waren 3 Kystadenome (1 Fall 2 mal 360°), (1 Fall 360°, 1 Fall 360° + 180°). Intraligamentär war 1 Kystadenom entwickelt. Verwachsungen fanden sich in 4 Fällen. Ascites, als Begleiterscheinung des Kystadenoms, fand sich in einem Fall = 5,0%.

In 20 Fällen = 100% wurde die Laparotomie ausgeführt und 2 mal das re. Ovar gestichelt. Außerdem wurde in 7 Fällen = 35,0% die Appendektomie ausgeführt. Bei einer Patientin (Nr. 158) = 5,0% trat im Krankheitsverlauf als Komplikation eine beiderseitige Pneumonie auf. Diese Patientin wurde auf eigenen dringenden Wunsch nach Hause entlassen und kam etwa 12 Std. nach ihrer Ankunft ad exitum. Geheilt wurden 19 Patientinnen = 95,0%.

b) Kystadenoma pseudomucinosum.

Die Häufigkeit des Kystadenoma pseudomucinosum betrug 19 mal = 10,55%. Eichelsbacher fand unter 425 Tumoren 60 Fälle = 14,1% von Kystadenoma pseudomucinosum, während Böhm unter 203 gutartigen Ovarialtumoren 56 Pseudomucinkystome = 27% fand. Generson stellte eine Statistik von 1000 Ovarialtumoren auf und fand 606 Fälle = 60,6%. Lippert spricht von 342 Fällen = 53,60%. Fleming berichtet uns von 38 Fällen = 25,0% unter 152 Ovarialtumoren, Stübler und Brandess nach dem Material der Tübinger Universitätsklinik von 682 Ovarialtumoren: 209 Kystadenoma pseudomucinosum = 30,6%.

Auf die einzelnen Lebensjahre verteilt, ergibt sich folgendes Bild:

				Stübler u. Brandess	Böhm	Lippert
Zwisch. 15.—20. J.	0	Fälle	= 0 %;	7,3%	0 %	3,22%
„ 21.—30. „	3	„	= 15,79%;	19,7%	18,5%	30,41=
„ 31.—40. „	3	„	= 15,79%;	18,1%	29,3%	26,03%
„ 41.—45. „	4	„	= 21,05%;	22,8%	23,8%	20,17%
„ 46.—50. „	3	„	= 15,79%;	22,8%	23,8%	20,17%
„ 51.—60. „	4	„	= 21,05%;	18,1%	14,4%	11,40%
„ 61.—70. „	2	„	= 10,53%;	11,9%	12,5%	7,60%
„ 71.—80. „	0	„	= 0 %;	2,1%	3,5%	1,17%

Im Alter der Geschlechtsreife vom 21.—45. Lebensjahr befanden sich 10 Patientinnen = 52,63%, bei Lippert 67 = 84%.

Die jüngste Patientin war 24 Jahre alt, die älteste Patientin 62 Jahre.

Von den 19 Patientinnen waren 6 ledig = 31,58% und 13 verheiratet = 68,42%.

Die meisten Tumoren waren einseitig, und zwar in 17 Fällen, davon waren 7 linksseitig und 10 rechtsseitig. Doppelseitig wurden die Tumoren in 2 Fällen = 10,53% gefunden, bei Lippert

9,65%, bei Stübler und Brandess 5,6%, bei Pfannenstiel 17,7=, bei Generson 11,2%.

Stielgedreht waren 2 Kystadenomata pseudomucinosa (1 Fall 180° und 1 Fall 90°) = 10,53%. Lippert erwähnt 17%, Stübler und Brandess 27,4%. In der Baseler Frauenklinik wurde diese Komplikation in 16% der Fälle gefunden.

Intraligamentär waren 3 Tumoren entwickelt.

Adhäsionen fanden sich in 5 Fällen = 26,32%, bei Böhm in 17 Fällen = 30,3%, bei Stübler und Brandess 29% und bei Lippert 51,17%.

Ascites fand man nur in 1 Fall = 5,26%, während Böhm 7,1%, Lippert 18,42%, Stübler und Brandess 5,7% angaben.

Gleichzeitige Gravidität wurde hier nicht verzeichet. Lippert spricht von 2,63%, Böhm von 3,5%, Stübler und Brandess von 1,5% und Generson von 3,3%.

In 19 Fällen = 100,0% wurde die Laparotomie ausgeführt, ebenso in 5 Fällen = 26,32% die Appendektomie und 4 mal die Cystektomie.

In der Universitäts-Frauenklinik Leipzig wurden von 342 pseudomucinen Kystomen 318 Laparotomien = 92,98% ausgeführt.

Als geheilt wurden 17 Patientinnen = 89,47% entlassen, als ungeheilt 1 Patientin = 5,26%. Eine Frau (Nr. 90) hatte gegen ärztlichen Rat nach dem vierten Operationstag auf Wunsch ihres Mannes die Klinik verlassen und starb zu Hause.

In der Klinik zu Leipzig wurden entlassen: als geheilt 95,32%, als gebessert 1,75%.

2 Patientinnen erhielten noch eine Rö.-Nachbestrahlung. Bei einer Patientin (Nr. 90) traten im Krankheitsverlauf als Komplikationen Herzschwächee und Ileus, septischer Zustand und Fieber auf.

Die primäre Mortalität beträgt nach Lippert 2,63%, nach Mayer 3,1%, nach Generson 1,9%.

An dieser Klinik ist bei den Pseudomucinkystomen keine Mortalität zu beklagen.

c) Kystadenoma serosum papillare.

Die Häufigkeit der Kystadenoma serosum papillare steht an Zahl hinter den Kystadenoma pseudomucinosa zurück. Ihren Prozentanteil an allen Ovarialtumoren berechnete Lippert auf 4,70% (30 Pat.), die Baseler Frauenklinik auf 13,3% (133 Pat.), Mayer auf 15,7% (107 Pat.). In dem Material der Würzburger Universitäts-Frauenklinik betrug der Prozentsatz 5,0% (9 Pat.). Fleming berichtet von 19 Fällen = 12,5%.

Über das Alter der Patientinnen klärt folgende Tabelle auf:

	Würzburger Klinik	Baseler Klinik	Leipziger Klinik
Zwisch. 15.—20. J.	0 Fall = 0 %	2 F. = 1,50%	0 F. = 0 %
„ 21.—30. „	0 Fall = 0 %	26 F. = 19,55%	6 F. = 20,00%
„ 31.—40. „	1 Fall = 11,11%	26 F. = 19,55%	10 F. = 33,33%
„ 41.—45 „	2 Fälle = 22,22%	20 F. = 15,04%	6 F. = 20,00%
„ 46.—50. „	2 Fälle = 22,22%	15 F. = 11,28%	6 F. = 20,00%
„ 51.—60. „	3 Fälle = 33,33%	31 F. = 23,31%	4 F. = 13,33%
„ 61.—70. „	1 Fall = 11,11%	12 F. = 9,02%	4 F. = 13,33%
„ 71.—80. „	0 Fall = 0 %	1 F. = 0,75%	0 F. = 0 %

Im Alter der Geschlechtsreife vom 21.—45. Lebensjahre befanden sich 3 Patientinnen = 33,33%, in der Baseler Klinik 72 Patientinnen = 54,15% und in der Leipziger Klinik 17 Patientinnen = 56,66%.

Nachstehende Tabelle gibt die Zahl der Ledigen und Verheirateten an:

	ledig:	verheiratet:
Würzburger Klinik	4 Pat. = 44,44%	5 Pat. = 55,55%
Baseler Klinik	38 Pat. = 28,6 %	95 Pat. = 71,4 %
Leipziger Klinik	1 Pat. = 3,33%	29 Pat. = 96,67%

Die Lokalisation des Kystadenoma serosum papillare war wie folgt verteilt:

	rechts	links	bilat.
Würzburger Klinik	2 mal = 22,22%	5 mal = 55,55%	2 mal = 22,22%
Baseler Klinik	47 mal = 35,3 %	53 mal = 39,3 %	33 mal = 22,4 %
Treutinger (Münch.Klin.)	6 mal = 26,09%	7 mal = 30,43%	10 mal = 43,5 %
Leipziger Klinik	6 mal = 20,0 %	6 mal = 20,0 %	18 mal = 60,0 %

Die Doppelseitigkeit beträgt nach Mayer 19% und nach Pfannenstiel 60%.

Intraligamentär entwickelt war 1 Fall = 11,11%, bei Generson (Baseler Klinik) 12 = 9%, bei Treutinger 3 = 13,04% und bei Lippert 4 mal = 13,33%.

1 mal war ein papilläres Kystadenom mit einer Corpus luteum-Cyste kombiniert.

2 mal = 22,22% wurde eine Stieldrehung vorgefunden. Generson spricht von 16 mal = 12%, Lippert von 2 mal = 6,67% und Mayer von 10%.

Adhäsionen wurden nicht vorgefunden. Generson berichtet uns von 22 Fällen = 16,6%, Lippert von 19 Fällen = 63,33%, Mayer von 31,1% und Treutinger von 33%.

Ascites wurde hier nicht verzeichnet. Generson fand 14 Fälle = 10,5%, Treutinger 3 Fälle = 13,04% und Lippert 13 Fälle = 43,33%.

Laparotomien wurden ausgeführt:

in der Würzburger Klinik bei	9 Patientinnen	= 100,0%
in der Baseler Klinik bei	132 Patientinnen	= 99,2%
in der Leipziger Klinik bei	27 Patientinnen	= 90,0%

Außerdem wurden in der Würzburger Klinik 3 mal die Appendektomie und 1 mal die Cystektomie ausgeführt. Bei einer Patientin (Nr. 71) wurde eine Ausschälung der Cyste vorgenommen. In 1 Fall wurde eine Douglaspunktion vorgenommen.

Komplikationen im Krankheitsverlauf traten in 2 Fällen (Nr. 105 und 129) auf, und zwar in einem Fall eine Pleuritis purulenta, im anderen Falle postoperative Darmlähmung, Ileus.

Erfolge:

	geheilt	ungeheilt	gebessert
in der Würzburger Klinik	7 Pat. = 77,77%	0 P. = 0 %	0 P. = 0 %
in der Baseler Klinik	125 Pat. = 93,9 %	3 P. = 2,2 %	0 P. = 0 %
in der Leipziger Klinik	21 Pat. = 70,0 %	2 P. = 6,67%	4 P. = 13,33%

Die primäre Mortalität beträgt in dieser Klinik 1 Fall (Nr. 129) = 11,11%.

Die Todesursache war postoperative Darmlähmung, Ileus. 1 Pat. (Nr. 105) verläßt auf eigene Verantwortung die Klinik und kommt zu Hause ad exitum. Generson spricht von 3,7%, Lippert von 6,67% und Mayer von 5,1%.

d) Kystoma serosa.

Die Zahl der Kystoma serosa betrug in der Würzburger Klinik 6 = 3,33%. Eichelsbacher spricht von 18 Fällen = 4,23%, Fleming von 26 Fällen = 17,10% und Lippert von 34 Fällen = 5,33%.

Über das Alter der Patientinnen klärt folgende Tabelle auf:

	Würzburger Klinik	Würzburger Klinik Eichelsbacher	Leipziger Klinik Lippert
zwisch. 15.—20. J.	0 Pat. = 0 %	0 Pat. = 0 %	2 Pat. = 5,88%
„ 21.—30. „	2 Pat. = 33,33%	4 Pat. = 22,22%	8 Pat. = 23,53%
„ 31.—40. „	2 Pat. = 33,33%	2 Pat. = 11,11%	10 Pat. = 29,41%
„ 41.—45. „	1 Pat. = 16,66%	11 Pat. = 61,11%	11 Pat. = 32,36%
„ 46.—50. „	0 Pat. = 0 %	11 Pat. = 61,11%	11 Pat. = 32,36%
„ 51.—60. „	1 Pat. = 16,66%	0 Pat. = 0 %	3 Pat. = 8.82%
„ 61.—70. „	0 Pat. = 0 %	0 Pat. = 0 %	0 Pat. = 0 %
„ 71.—80. „	0 Pat. = 0 %	1 Pat. = 5,55%	0 Pat. = 0 %

Im Alter der Geschlechtsreife (21.—45. Lebensjahr) befanden sich 5 Patientinnen = 83,33%. Lippert berichtet von 25 Patientinnen = 73,53%.

Alle 6 Patientinnen waren verheiratet, während bei Lippert 4 = 11,76% ledig und 30 = 88,24% verheiratet waren.

Die Lokalisation des Kystoma serosa war folgende:

Würzburger Klinik 2 malJigen :2A 2 ratat P„umlh uml uml dmdubb

	rechts	links	bilateral
Würzburger Klinik	2 mal = 33,33%	2 mal = 33,33%	2 mal = 33,33%
Leipziger Klinik	17 mal = 50,0 %	11 mal = 32,35%	6 mal = 17,65%

Bei Eichelsbacher waren von 18 Fällen 2 = 11,11% doppelseitig.

Stielgedreht war nur 1 Fall = 5,55%, während Lippert von 4 Fällen = 11,77% berichtet. Adhäsionen wurden 3 mal vorgefunden. Lippert spricht von 19 Fällen.

Gleichzeitige Gravidität wurde hier 2 mal = 5,88% verzeichnet.

Die Laparotomie wurde ausgeführt:
in der Würzburger Klinik bei 6 Patientinnen = 100,0 %
in der Leipziger Klinik bei 29 Patientinnen = 85,29%

Außerdem wurde 1 mal die Appendektomie durchgeführt und 1 mal wegen Osteomalacieverdacht die Salpingektomie. Die Heilung erfolgte bei allen Patientinnen, also bei 100%, wie es auch in der Leipziger Klinik (Lippert) geschah.

e) Dermoidcysten.

Beobachtet wurden an der hiesigen Klinik 24 Fälle von Dermoidcysten = 13,33%. Spenzer fand unter 658 Ovarialtumoren 66 Dermoidcysten = 10,03%, Mandelstamm unter 400 Fällen 57 Dermoidcysten = 14%, Seliger 56,2%, Váro (Budap. Univ.-Frauenklinik) unter 583 Ovarialtumoren 8,4% Dermoidcysten, Mayer von 682 Ovarialtumoren 131 Dermoide = 19,12%, Ravano 9,44%, Lippert (66 Fälle) 10,35%, Jamasaki für Japan 34,97%, Eichelsbacher (50 Fälle) 11,76%, Böhm unter 203 Tumoren 13,3%, Treutinger (51 Dermoide) 13,5%. Olshausen fand nur 4—5%, Generson unter 1000 Ovarialtumoren 118 Fälle = 11,8%.

Wenn man von Häufigkeitsunterschieden bei verschiedenen Rassen und von familiärem Vorkommen hört, könnte man an hereditäre Einflüsse bei der Dermoidgenese denken (Sippel). Nach Jamasaki soll bei Negerinnen und Japanerinnen die Geschwulst häufig sein, während sie bei Italienerinnen selten vorkommt. Burgkhardt findet die Dermoide im Erzgebirge auffallend häufig.

Über das Alter der Patientinnen gibt folgende Tabelle Aufschluß:

	Würzb. Klin.	Würzb. Klin. Eichelsbach.	Leipz. Klin. Lippert	Basel Kl. Generson	Böhm	Stübler, Brandess	Ravano
zw. d. 10. — 20. J.	2x = 8,33%	4x = 6,3%	3x = 4,55%	6x = 5,08%	–	4,8%	1,52%
„ „ 21. — 30. „	10x = 41,67%	17x = 26,6%	30x = 45,45%	50x = 42,37%	40,7%	36,8%	31,82%
„ „ 31. — 40. „	7x = 29,17%	25x = 39,1%	18x = 27,28%	30x = 25,42%	25.8%	31,2%	40,9 %
„ „ 41. — 45. „	3x = 12,50%	11x = 17,1%	7x = 10,61%	12x = 10,54%	23,7%	17,6%	16,67%
„ „ 46. — 50. „	1x = 4,17%			5x = 4,24%			
„ „ 51. — 60. „	1x = 4,17%	6x = 9,4%	6x = 9,09%	8x = 6,78%	7,4%	8,8%	4,51%
„ „ 61. — 70. „	—	—	1x = 1,52%	7x = 5,93%	—	0,8%	3,04%
„ „ 71. — 80. „	—	1x = 1,5%	—	—	—	—	—

Die jüngste Patientin war 17 Jahre alt und die älteste 57 Jahre.

Im Alter der Geschlechtsreife befanden sich 20 Patientinnen = 83,33%, in der Baseler Klinik 92 = 77,97% und in der Leipziger Klinik 78,79%.

Aus der Tabelle ist zu ersehen, daß in jedem Lebensalter die Dermoide auftreten können. Doch treten sie im meisten im Alter der Geschlechtsreife (vom 20.—45. Lebensjahre) auf. Olshausen weist darauf hin, daß im ganzen Kindesalter bis zur Pubertät die Dermoidcysten die häufigste Art der Ovarialtumoren sind. Beim Kind tritt diese Geschwulst ungefähr mit 11% auf. Sie ist nach dem Sarkom die häufigste Form der kindlichen Ovarialtumoren (Benecke). Nach Jamasaki treten die Dermoide vor dem 20. Lebensjahr in 14% auf. Hier liegt es an der früheren Geschlechtsreife der Japaner. Nach Mayer treten sie in 4,8%, nach Lippert in 4,55%, nach Ravano in 1,52%, nach Eichelsbacher in 6,3% und nach diesem Material in 8,33% auf.

Von den Patientinnen waren ledig und verheiratet:

	ledig	verheiratet
Würzburger Klinik	4 Pat. = 16,67%	20 Pat. = 83,33%
Baseler Klinik	36 Pat. = 30,3 %	82 Pat. = 69,5 %
Leipziger Klinik	21 Pat. = 31,82%	45 Pat. = 68,18%
Würzb. Klin. (Böhm)	9 Pat. = 33,33%	18 Pat. = 66,67%

Unter den Patientinnn fand Mayer 42% Ledige. Nach ihm sind Ledige disponiert zur Dermoidbildung. Jamasaki stellte nur 23,8% Nulliparae fest und glaubt nicht an nähere Beziehungen.

Die Lage der Dermoidcysten war folgendermaßen verteilt:

	rechts	links	bilateral
Würzburger Klinik	9 mal = 37,5 %	11 mal = 45,83%	4 mal = 16,67%
Baseler Klinik	62 mal = 52,54%	43 mal = 36,44%	13 mal = 11,2 %
Leipziger Klinik	29 mal = 43,94%	29 mal = 43,94%	10,61%
Jamasaki	25 mal = 43,86%	32 mal = 56,16%	—
Ravano	33 mal	24 mal	13,6 %
Münchener Klinik (Treutinger)	28 mal = 54,90%	18 mal = 35,29%	5 mal = 9,80%

Viele Autoren behaupten, daß die Dermoidcysten häufiger im rechten als im linken Ovarium vorkommen. Aus der Tabelle ist zu ersehen, daß diese Behauptungen wohl richtig sind. Öfters schon wurde die Frage erhoben, ob dies ein Zufall ist, oder ob dies mit der stärkeren Funktion des rechten Eierstocks zusammenhängt.

1 mal war eine Dermoidcyste mit einer Follikelcyste kombiniert.

Intraligamentär etwickelt war 1 Fall = 4,17%, bei Lippert 4 Fälle = 6,06%, bei Treutinger 2%.

In 5 Fällen bestand Stieldrehung = 20,84% (1 mal: 3 mal 180°, 2 mal: 360°, 1 mal: 2 mal 360°). Lippert spricht von 7 mal = 10,61%, Mayer von 18%, Ravano von 12%, Generson von 16 mal = 13,3%, Böhm von 4 mal = 14,81%, Eichelsbacher von 5 mal = 7,81% und Treutinger von 12%.

Als Komplikationen traten ferner auf: Adhäsionen 4 mal = 16,67%, bei Lippert 24 mal = 36,36%, bei Mayer 31%, bei Generson 48 mal = 39,9%, bei Böhm 17 mal = 62,96%.

Ascites wurde hier nicht verzeichnet. Lippert berichtet uns von 6 Fällen = 9,09%, Treutinger von 3,1%.

Die Laparotomie wurde ausgeführt:

in der Würzburger Klinik bei	24 Patientinnen	= 100,0 %
in der Baseler Klinik bei	118 Patientinnen	= 100,0 %
in der Leipziger Klinik bei	57 Patientinnen	= 86,36%

Außerdem wurden in der Würzburger Klinik 15 mal = 62,5% die Appendektomie, 2 mal eine Stichelung eines li. und eines re. Ovars, 2 mal eine Cystektomie, 2 mal eine Salpingektomie, 1 mal eine Ausschälung des li. Ovarialtumors (Nr. 89) und 1 mal eine Douglaspunktion (Nr. 126) ausgeführt. 2 Patientinnen bekamen eine Rö.-Nachbestrahlung (Nr. 1 u. 75). Komplikationen im Krankheitsverlauf traten in 2 Fällen (Nr. 2 u. 144) auf, und zwar bei (Nr. 2 eine Peritonitis diffusa und bei Nr. 144 auch eine Peritonitis diffusa.

Erfolg der Laparotomien:

	geheilt	ungeheilt	gebessert
in der Würzburger Klinik	22 Pat. = 91,66%	—	—
in der Baseler Klinik	117 Pat. = 99,2 %	—	—
in der Leipziger Klinik	59 Pat. = 89,39%	—	1 Pat. = 1,52%

Komplikation mit Schwangerschaft:
in der hiesigen Klinik: 1 Fall (Nr. 22). (Patientin wurde geheilt mit intakter Gravidität in mens II.);
in der Baseler Klinik: 5 Fälle = 4,2%. Der weitere Verlauf der Schwangerschaft war in allen 5 Fällen normal.
in der Leipziger Klinik: 8 Fälle = 12,12%.
bei Böhm (Würzburger Klinik): 2 Fälle = 7,4%.
bei Mayer (Tübinger Klinik): 22 Fälle.

Nach Mayer wachsen die Dermoide langsam und sind gutartig, deshalb haben die Geschwulstträgerinnen lange die Möglichkeit zu concipieren.

In 2 Fällen (Nr. 2 u. 144) sind die Patientinnen gestorben. Die Todesursache war bei beiden Patientinnen dieselbe, nämlich: Peritonitis diffusa.

In der Baseler Klinik (Generson) starb 1 Patientin = 0,8%, in der Leipziger Klinik starben 6 Patientinnen = 9,09%, in der Münchener Klinik (Treutinger): 2 Pat. = 3,9%, in der Tübinger Klinik (Mayer): 4,0%, darunter 2,4% an postoperativer Peritonitis. Ravano berichtet von 3,03%.

f) Fibrome.

Die Häufigkeit der Fibrome wird von Ravano mit 1,43%, von Olshausen, Stübler und Brandess, Pfannenstiel mit 2%, von Generson mit 0,6%, von Lippert mit 1,72%, von Treutinger mit 3,5% und von Eichelsbacher mit 1,6% angegeben. In dem hiesigen Material fanden sich unter 180 Ovarialtumoren 7 Fibrome = 3,89%. Váro berichtet von 1,7%, Rohdenburg von 4,6%.

Über das Alter der Patientinnen klärt folgende Tabelle auf:

Zwisch. d.	Würzb. Klin.	Baseler Klin.	Leipziger Klin.	Münch. Klin.
15.—20. J.	0 mal = 0 %	0 mal = 0 %	0 mal = 0 %	1 mal = 7,69%
21.—30. „	1 mal = 14,29%	0 mal = 0 %	3 mal = 27,27%	4 mal = 30,77%
31.—40. „	2 mal = 28,57%	0 mal = 0 %	1 mal = 9,09%	3 mal = 23,08%
41.—45. „	1 mal = 14,29%	0 mal = 0 %	3 mal = 27,27%	4 mal = 30,77%
46.—50. „	2 mal = 28,57%	1 mal = 16,67%	3 mal = 27,27%	4 mal = 30,77%
51.—60. „	1 mal = 14,29%	3 mal = 50,0 %	1 mal = 9,09%	1 mal = 7,69%
61.—70. „	0 mal = 0 %	2 mal = 33,33%	3 mal = 27,27%	0 mal = 0 %

Im Alter der Geschlechtsreife befanden sich 4 Patientinnen = 57,14%, in der Baseler Klinik: keine Patientin und in der Leipziger Klinik 67,84%.

Von den Patientinnen waren ledig und verheiratet:

	ledig	verheiratet
in der Würzburger Klinik	2 Pat. = 28,57%	5 Pat. = 71,43%
in der Baseler Klinik	1 Pat. = 16,67%	5 Pat. = 83,33%
in der Leipziger Klinik	2 Pat. = 18,18%	9 Pat. = 81,82%

Die Lokalisation der Fibrome war folgende:

	rechts	links	bilateral
Würzburger Klinik	4 mal = 57,14%	2 mal = 28,57%	1 mal = 14,29%
Baseler Klinik	4 mal = 66,67%	2 mal = 33,33%	—
Leipziger Klinik	3 mal = 27,27%	8 mal = 72,73%	—
Münchener Klinik	6 mal = 46,15%	7 mal = 53,85%	—

Meistens sind die Fibrome einseitig. Die bilaterale Lokalisation ist sehr selten. Ravano berichtet über mehrere Fälle mit doppelseitigem Sitz des Fibroms.

Folgende Tabelle gibt uns über die häufigen Begleiterscheinungen der Fibrome Auskunft:

	Würzburger Klin.	Baseler Klin.	Leipziger Klin.
Intralig. entwickelt:	1 Fall = 14,29%	3 F. = 50 %	0 F. = 0 %
Stieldrehung:	3 Fälle = 42,86%	2 F. = 33,3 %	4 F. = 36,36%
Ascites:	0 Fälle = 0 %	0 F. = 0 %	8 F. = 72,73%
Gravidität:	0 Fälle = 0 %	0 F. = 0 %	0 F. = 0 %
Adhäsionen:	0 Fälle = 0 %	1 F. = 16,67%	0 F. = 0 %

	Tübinger Kl.	Münchener Klin.	Ravano
Intralig. entwickelt:	0 Fälle = 0 %	0 F. = 0 %	0 F. = 0 %
Stieldrehung:	2 Fälle = 13,3 %	25 %	20 %
Ascites:	0 Fälle = 0 %	15 %	72,2%
Gravidität:	0 Fälle = 0 %	—	—
Adhäsionen:	26,6%	26,6%	—

Die Laparotomie wurde ausgeführt:

in der Würzburger Klinik bei	7 Patientinnen = 100,0%
in der Baseler Klinik bei	6 Patientinnen = 100,0%
in der Leipziger Klinik bei	11 Patientinnen = 100,0%

Außerdem wurden in der Würzburger Klinik 3 mal die Appendektomie = 42,86% und einmal die Salpingektomie durchgeführt.

Komplikationen im Krankheitsverlauf traten in einem Fall (Nr. 6) ein, und zwar Fieber.

Erfolge der Laparotomien:

	geheilt	ungeheilt	gebessert
in der Würzburger Klinik	7 Pat. = 100,0 %	—	—
in der Baseler Klinik	5 Pat. = 83,3 %	—	—
in der Leipziger Klinik	10 Pat. = 90,91 %	—	—

Eine primäre Mortalität ist in der hiesigen Klinik nicht zu beklagen. In der Baseler Klinik starb 1 Pat. = 16,6%, in der Leipziger Klinik 9,09%. Mayer spricht auch von 0%.

g) Ovarialtumoren ohne nähere Bezeichnung.

In dem Material der Würzburger Klinik betrug die Zahl der Ovarialtumoren, deren nähere Bezeichnungen aus den Krankenblättern leider nicht zu ersehen waren, 8 Fälle = 4,44%. Diese 8 Ovarialtumoren waren alle gutartig.

Über das Alter der hiesigen Patientinnen gibt folgende Tabelle Aufschluß:

Zwischen dem	15.—20. J.	0 Pat. = 0 %
„ „	21.—30. „	2 Pat. = 25,0%
„ „	31.—40. „	2 Pat. = 25,0%
„ „	41.—45. „	0 Pat. = 0 %
„ „	46.—50. „	1 Pat. = 12,5%
„ „	51.—60. „	2 Pat. = 25,0%
„ „	61.—70. „	1 Pat. = 12,5%
„ „	71.—80. „	0 Pat. = 0 %

4 Patientinnen = 50,0% befanden sich im Alter der Geschlechtsreife (21.—45. Lebensjahr).

Von den 8 Patientinnen waren 2 ledig und 6 verheiratet.

3 Tumoren lagen rechts und 5 links.

Als Komplikationen traten auf: 1 mal Adhäsionen und 1 mal Schwangerschaft im 3. Monat.

Bei 2 Patientinnen wurde die Laparotomie ausgeführt, eine Patientin (Nr. 176) lehnte die Probelaparotomie ab. Die Appendektomie wurde 1 mal vorgenommen. Bei einer Patientin (Nr. 12) wurde die Operation nicht durchgeführt, da der Tumor kein Geburtshindernis bildete.

2 Patientinnen bekamen eine Rö.-Dauermenolyse. Komplikationen im Krankheitsverlauf traten bei einer Patientin auf (Nr. 176) und zwar: Hypertension und Dekompensationserscheinungen. Diese Patientin wurde geheilt.

Erfolge:

3 Patientinnen wurden geheilt. Als gebessert entlassen wurden 1 Patientin. Bei einer Patientin (Nr. 153) wurde wegen schlechten Herzbefundes die Opration abgeraten. 3 Patientinnen wurden unbehandelt entlassen (Nr. 63, 127, 173). Nr. 63 wurde ungeheilt auf eigenen Wunsch entlassen. Nr. 127 hatte die Operation abgelehnt. Bei Nr. 173 wurde wegen ulcera cruris von einer Operation abgesehen, und die Patientin wurde in einem Vierteljahr wiederbestellt.

Eine primäre Mortalität ist hier nicht zu verzeichnen.

h) Ovarialcysten ohne nähere Bezeichnung.

Von den Ovarialcysten, von denen leider keine nähere Bezeichnung in den Krankenblättern vorhanden war, waren in der hiesigen Klinik 39 Fälle = 21,67% verzeichnet.

Das Alter der Patientinnen wurde wie folgt eingeteilt:

zwischen dem	15.—20.	Lebensjahr	2 Pat. = 5,12%
„ „	21.—30.	„	12 Pat. = 30,76%
„ „	31.—40.	„	10 Pat. = 25,64%
„ „	41.—45.	„	8 Pat. = 20,51%
„ „	46.—50.	„	3 Pat. = 7,66%
„ „	51.—60.	„	2 Pat. = 5,12%
„ „	61.—70.	„	1 Pat. = 2,56%
„ „	71.—80.	„	1 Pat. = 2,56%

Die jüngste Patientin war 19 Jahre alt, die älteste war 71 Jahre alt. Im Alter der Geschlechtsreife befanden sich 30 Patientinnen = 76,92%.

Ledig waren 9 Patientinnen und 30 verheiratet.

Die Lokalisation war rechts 25, links 11 und bilateral 2 mal.

Intraligamentär entwickelt waren 2 Fälle = 5,12%. In 10 Fällen = 25,64% bestand Stieldrehung. Als weitere Begleiterscheinungen traten in 6 Fällen = 15,38% Adhäsionen und in 5 Fällen Schwangerschaft auf.

Von 39 Ovarialcysten wurde 34 mal die Laparotomie ausgeführt, 10 mal die Appendektomie, 6 mal die Salpingektomie, 2 mal die Cystektomie. 2 mal wurde die Cyste ausgeschält. 1 Patientin (Nr. 28) wurde hormonal behandelt. 1 mal wurde die Douglaspunktion durchgeführt.

Komplikationen im Krankheitsverlauf traten 3 mal auf, und zwar bei Nr. 45, 103 und 174.

Nr. 45 Schwere Sepsis mit septischer Pneumonie und schwere Kreislaufinsufficienz.

Nr. 103 Paralytischer Ileus, Peritonitis.

Nr. 174. Bauchdeckenabszeß.

33 Patientinnen wurden als geheilt entlassen, 1 Patientin als ungeheilt. Bei einer Patientin (Nr. 51) wurde wegen hohen Alters von einer Operation Abstand genommen. Sie wurde auf Wunsch entlassen.

2 Patientinnen waren gestorben (Nr. 45 und 103). Nr. 45 war gegen ärztlichen Rat sterbend nach Hause gebracht worden. Patientin war außerhalb gestorben.

Die Todesursache war: Schwere Sepsis mit septischer Pneumonie und schwere Kreislaufinsufficienz.

Die Todesursache von Nr. 103 war: Paralytischer Ileus und Peritonitis.

i) Schokoladencysten.

Schokoladencyste wurden in der hiesigen Klinik 9 mal = 5,0% verzeichnet. Eichelsbacher berichtet von 23 Fällen = 5,41%. 1 mal war eine Schokoladencyste mit einer Corpus luteum-Cyste kombiniert.

Das Alter der Patientinnen war folgendermaßen eingeteilt:

zwischen dem	15.—20.	Jahre	0 Pat. =	0 %
„ „	21.—30.	„	1 Pat. =	11,11%
„ „	31.—40.	„	6 Pat. =	66,67%
„ „	41.—45.	„	0 Pat. =	0 %
„ „	46.—50.	„	1 Pat. =	11,11%
„ „	51.—60.	„	1 Pat. =	11,11%
„ „	61.—70.	„	0 Pat. =	0 %

Im Alter der Geschlechtsreife befanden sich 7 Patientinnen = 77,78%. Häufig fanden sich die Schokoladencysten im Alter zwischen 31—40 Jahren, nämlich 6 mal, während Eichelsbacher das Alter von 21—30 Jahren angibt.

Adhäsionen fanden sich bei diesen Cysten 5 mal = 55,55%.

Die Lage der Schokoladencysten war rechts 4 mal = 44,44%, links 5 mal = 55,55% und bilateral gemischt, während Eichelsbacher 2 mal bilateral angibt.

Bei allen 9 Fällen wurde die Laparotomie ausgeführt, außerdem 5 mal die Appendektomie, 1 mal eine Stichelung des re. Ovars, 2 mal die Cystektomie und 1 mal (Nr. 36) die supravaginale Amputation des Uterus.

9 Patientinnen wurden als geheilt entlassen. Todesfälle traten nicht ein.

k) Corpus luteum-Cysten.

Corpus luteum-Cysten traten an der hiesigen Klinik 13 mal = 7,22% auf. Eichelsbacher berichtet von 22 Fällen = 5,18%. 1 mal war eine Corpus luteum-Cyste mit einer Parovarialcyste und 5 mal eine Corpus luteum-Cyste mit eier Follikelcyste kombiniert.

Es befanden sich im Alter

	Würzburger Klinik	Eichelsbacher
zwisch. d. 15.—20. J.	0 Pat. = 0 %	2 Pat. = 9,09%
„ „ 21.—30. „	6 Pat. = 40,0 %	6 Pat. = 27,27%
„ „ 31.—40. „	5 Pat. = 33,33%	10 Pat. = 45,45%
„ „ 41.—45. „	2 Pat. = 15,55%	3 Pat. = 13,36%
„ „ 46.—50. „	0 Pat. = 0 %	3 Pat. = 13,36%
„ „ 51.—60. „	0 Pat. = 0 %	1 Pat. = 4,55%

Im Alter der Geschlechtsreife befanden sich 13 Patientinnen = 100,0%. Eichelsbacher berichtet von 19 Patientinnen = 86,36%.

Die Lokalisation der Corpus luteum-Cysten war folgende: rechts 5 mal; links 6 mal und bilateral 2 mal.

Intraligamentär entwickelt waren 2 Fälle. In 3 Fällen bestanden Adhäsionen und in 3 Fällen eine Schwangerschaft = 23,07%.

Ledig waren 2 Patientinnen = 15,38% und verheiratet 11 = 84,61%.

Bei 13 Patientinnen = 100,0% wurde die Laparotomie ausgeführt, außerdem 6 mal die Appendektomie = 46,15%, 4 mal die Salpingektomie, 2 mal die Cystektomie und 1 mal eine Douglaspunktion.

Bei 4 Patientinnen = 30,76% (Nr. 48, 124, 40 und 157) traten im Krankheitsverlauf Komplikationen auf.

Nr. 48 Versagen des Herzens. Herztod.
Nr. 40 Postoperativer Schock.
Nr. 124 Peritonitis septica.
Nr. 157 Perionitis, Kreislaufschwäche.

12 Patientinnen wurden als geheilt entlassen. Todesfälle traten 3 mal auf (Nr. 48, 124, 157).

Todesursachen:
bei Nr. 48 Versagen des Herzens. Herztod.
bei Nr. 124 Peritonitis septica.
bei Nr. 157 Peritonitis, Kreislaufschwäche.

l) Follikelcysten.

Beobachtet wurden an der hiesigen Klinik 4 Fälle = 2,22% von Follikelcysten. Eichelsbacher berichtet von 12 Fällen = 2,82%.

Über das Alter der Patientinnen gibt folgende Tabelle Aufschluß:

	Würzburger Klin.	Eichelsbacher
zwisch. d. 15.—20. J.	0 Pat. = 0 %	1 Pat. = 8,33%
„ „ 21.—30. „	2 Pat. = 50,0%	6 Pat. = 50,0 %
„ „ 31.—40. „	0 Pat. = 0 %	5 Pat. = 41,67%
„ „ 41.—45. „	1 Pat. = 25,0%	0 Pat. = 0 %
„ „ 46.—50. „	1 Pat. = 25,0%	0 Pat. = 0 %

Im höheren Alter wurde keine Follikelcyste festgestellt. Im Alter der Geschlechtsreife befanden sich 3 Patientinnen = 75,0%; bei Eichelsbacher 11 Patientinnen = 91,67%.

Adhäsionen fanden sich bei diesen Cysten 2 mal = 50,0%.

Die Lokalisation der Follikelcysten war wie folgt verteilt: links 2 mal = 50,0%; bilateral 2 mal = 50,0%. Eichelsbacher berichtet, daß sämtliche 12 Fälle einseitig vorhanden waren.

Bei allen 4 Patientinnen = 100,0% wurde die Laparotomie ausgeführt, außerdem 1 mal = 25,0% die Appendektomie, 2 mal die Salpingektomie und 1 mal die Cystektomie.

Eine Patientin (Nr. 180) wurde sterilisiert.

Komplikationen im Krankheitsverlauf traten bei 2 Patientinnen auf (Nr. 157 und 168).

Nr. 157 Peritonitis, Kreislaufschwäche.

Nr. 168 Postoperativer Schock; septisch paralytischer Ileus.

Geheilt wurden 2 Patientinnen.

Die primäre Mortalität betrug in der hiesigen Klinik 2 Fälle (Nr. 157 und 168).

Die Todesursachen waren:

bei Nr. 157 Peritonitis, Kreislaufschwäche,

bei Nr. 168 Postoperativer Schock; septisch paralytischer Ileus.

m) Parovarialcysten.

Die Zahl der Parovarialcysten betrug in der Würzburger Klinik 17 = 9,44%. Spencer berichtet von 45 Fällen = 6,84%, Seliga von 39,3%, Váro von 2,4%, Lippert von 6,74%, Eichelsbacher von 50 Fällen = 11,76% und Treutinger von 16,5%.

Über das Alter der Patientinnen klärt folgende Tabelle auf:

	Würzb. Klin.	Leipziger Klin.	Münchener Klin.	Würzb. Klin. Eichelsbacher
zwisch. 15.—20. J.	1 mal = 5,88%	1 mal = 2,38%	4 mal = 6,45%	5 mal = 10,0%
zwisch. 21.—30. J.	6 mal = 35,29%	16 mal = 38,10%	23 mal = 36,84%	13 mal = 26,0%
zwisch. 31.—40. J.	8 mal = 47,05%	18 mal = 42,86%	27 mal = 43,55%	14 mal = 28,0%
zwisch. 41.—45. J.	2 mal = 11,76%	6 mal = 14,28%	6 mal = 9,68%	13 mal = 26,0%
zwisch. 46.—50. J.	—	6 mal = 14,28%	6 mal = 9,68%	13 mal = 26,0%
zwisch. 51.—60. J.	—	1 mal = 2,38%	2 mal = 3,23%	4 mal = 8,0%
zwisch. 61.—70. J.	—	—	—	1 mal = 2,0%
zwisch. 71.—80. J.	—	—	—	—

Die jüngste Patientin war 19 Jahre alt, die älteste 43 Jahre. Aus der Tabelle ist zu ersehen, daß diese Cysten hauptsächlich im Alter der Geschlechtsreife vorkommen (vom 21.—45. Lebensjahr). In der hiesigen Klinik waren es 16 Patientinnen = 94,11% und in der Leipziger Klinik 90,48%.

Von den Patientinnen waren ledig und verheiratet:

	ledig	verheiratet
in der Würzburger Klinik	9 Pat. = 52,94%	8 Pat. = 47,05%
in der Leipziger Klinik	11 Pat. = 26,19%	31 Pat. = 73,81%

Die Lokalisation der Parovarialcysten war folgende:

	rechts	links	bilateral
Würzburger Klinik	3 mal = 17,64%	13 mal = 76,47%	1 mal = 5,88%
Leipziger Klinik	21 mal = 48,83%	21 mal = 48,83%	1 mal = 2,33%
Münchener Klinik	32 mal = 51,61%	26 mal = 41,93%	4 mal = 6,45%

Eichelsbacher berichtet auch von 4 bilateralen Fällen. Meistens sind die Parovarialcysten einseitig.

Folgende Tabelle gibt uns über die häufigen Begleiterscheinungen Auskunft:

	Würzb. Klin.	Leipziger Klin.	Münch. Klin.
Intralig. entwickelt:	5 Fälle = 29,41%	—	—
Stieldrehung:	2 Fälle = 11,76%	2 F. = 4,65%	12%
Ascites:	—	4 F. = 9,3 %	—
Gravidität:	—	2 F. = 4,65%	6 F. = 9,68%
Adhäsionen:	3 Fälle = 17,64%	9 F. = 20,93%	25%

Die Laparotomie wurde ausgeführt:

in der Würzburger Klinik bei	17 Pat. = 100,0%
in der Leipziger Klinik bei	31 Pat. = 72,09%

Bei einer Patientin wurde die Probelaparotomie ausgeführt, 8 mal die Appendektomie und 2 mal die Salpingektomie. Sterilisiert wurde eine Patientin (Nr. 125).

Komplikationen im Krankheitsverlauf traten 1 mal (Nr. 40) auf, und zwar: Postoperativer Schock.

Sämtliche 17 Patientinnen wurden als geheilt entlassen, während in der Leipziger Klinik 40 = 93,02% als geheilt und 3 = 6,98% als gebessert entlassen wurden.

Eine primäre Mortalität ist in der hiesigen Klinik, Leipziger und Münchener Klinik nicht zu beklagen.

n) Tuboovarialcysten.

Unter den 180 Ovarialtumoren kamen noch 5 Fälle von Tuboovarialcysten vor, und zwar im Alter zwischen dem 30.—50. Lebensjahr. Sämtliche Patientinnen waren verheiratet. Diese Cysten waren alle einseitig, und zwar rechts 2 und links 3. 2 Fälle waren intraligamentär entwickelt. Stielgedreht war 1 Fall. 1 mal kamen Adhäsionen vor.

Bei allen 5 Patientinnen wurde die Laparotomie ausgeführt und 2 mal die Appendektomie. Geheilt wurden alle 5 Patientinnen. Todesfälle sind nicht zu beklagen.

2. Die Stieldrehung bei den Ovarialtumoren.

Als häufige Begleiterscheinung spielt bei den Ovarialtumoren die Stieldrehung eine große Rolle. Diese Stieldrehung von Ovarialtumoren ist noch nicht lange bekannt. Der Pathologe von Rokitansky hat sie 1842 an einer Leiche gefunden. Einige Autoren waren der Ansicht, daß die Kleinheit der Tumoren eine Disposition zur Stieldrehung hervorrufen, andere Autoren hielten die Größe der Tumoren für maßgebend. Veit-Stöckel berichtet uns, daß in Wirklichkeit große und ganz kleine Tumoren relativ sehr selten gedreht sind. Bei den großen scheint es am nötigen Platz zu liegen, und bei den kleinen scheint die eine Drehung auslösenden Erschütterungen des Körpers sich dem Tumor nicht so ausgiebig mitteilen zu können. Nach der Meinung Hofmeiers und Pfannenstiels sind die mittelgroßen, d. h. faust- bis mannskopfgroßen Tumoren am häufigsten befallen. Diese Meinung vertreten auch Stübler und Brandess. Olshausen, Martin und Pfannenstiel ver-

muteten, daß die Dermoide und die cystischen Tumoren eine besondere Neigung zur Torsion hatten.

Andere Autoren vertraten wiederum die Ansicht, daß der rechtsseitige bzw. linksseitige Tumorsitz einen Einfluß auf die Stieldrehung habe. Aber nach den Untersuchungen von Grotenfelt, Stübler und Brandess werden die beiden Körperseiten fast gleich häufig befallen. Die Lage des Tumors im kleinen Becken hemmt die Stieldrehung, während die Lage des Tumors in der freien Bauchhöhle sie begünstigt. So fand z. B. Grotenfelt 76,2% der gedrehten Tumoren in der Bauchhöhle und 23,8% im kleinen Becken. Die Stieldrehung kommt in jedem Lebensalter vor, vor der Pubertät und im Greisenalter seltener. Nach Grotenfelt besteht die Häufigkeit der Stieltorsionen bis zum 39. Lebensjahr 10 bis 14%, nach dem 40. Lebensjahr 20—30%.

Frauen, die geboren haben, zeigen häufiger Stieldrehung als Nulliparae.

An der hiesigen Klinik waren in der Zeit vom 1. 1. 32—31. 7. 1938 29 stielgedrehte Ovarialtumoren = 15,84% zu verzeichnen, davon waren 14 Fälle = 48,27% bis zum 40. Lebensjahr und 15 Fälle = 51,72% über dem 40. Lebensjahr. Von diesen stielgedrehten Tumoren waren 17 Fälle = 58,62% rechtsseitig und 12 Fälle = 41,38% linksseitig. Eichelsbacher spricht von 30 linksseitigen Tumoren = 65,2% und 16 rechtsseitigen = 34,8%. Von 425 Tumoren waren bei Eichelsbacher 46 = 10,8% stielgedreht. Böhm spricht von 13,5%.

Von unseren 29 Patientinnen hatten 23 = 79,31% geboren, und 6 Patientinnen waren nulliparae = 20,69%.

Hinsichtlich der path.-anat. Diagnose waren stielgedreht:

Von	7	Fibromen	3 = 42,86%
„	6	serösen Kystomen	1 = 16,67%
„	9	serösen Kapillären Kystadenomen	2 = 22,22%
„	20	serösen Kystadenomen	3 = 15,0 %
„	19	pseudomuc. Kystadenomen	2 = 10,53%
„	24	Dermoidcysten	5 = 20,83%
„	39	Ovarialcysten ohne näh. Bezeichn.	10 = 25,63%
„	17	Parovarialcysten	2 = 11,76%
„	5	Tuboovarialcysten	1 = 20,0 %

Stübler und Brandess stellten für die Tübinger Klinik folgende Tabelle auf:

	Fälle:	stielgedreht:
Kystadenom serosum	95	33 = 34,7%
Pseudomucinkystome	193	53 = 27,4%
Papilläre Kystadenome	58	6 = 10,3%
Dermoidcysten	125	23 = 18,0%
Fibrome	15	2 = 13,3%

Die Stieldrehung eines Ovarialtumors wird wohl heute überall chirurgisch behandelt. Nach Ansicht von Küstner soll man bei einer Stieldrehung stets, auch bei hohem Fieber, operieren. Ist der Zustand der Patientin schlecht, dann soll man nur den Stiel abtragen, peritonealisieren und die Bauchhöhle wieder schließen.

3. Gravidität und Ovarialtumor.

Unangenehme Störungen treten auf beim Zusammentreffen von Ovariltumor mit Schwangerschaft. Liegt der Tumor im Douglas, und es handelt sich um Frühschwangerschaft, so ist wegen der Gefahr der Geburtskomplikation durch Einklemmung des Tumors die Operation während der Schwangerschaft nicht zu umgehen. (Küstner.)

Wegen der Frage, wann es am besten ist, die Operation eines Tumors während der Schwangerschaft vorzunehmen, wird noch gestritten. Einige Autoren raten frühzeitig, also in der ersten Hälfte der Schwangerschaft zu operieren, da in der zweiten Hälfte die Fehl- und Frühgeburtsgefahr größer ist, während die anderen Autoren die Entfernung oder Verletzung des Corpus luteum und die Gefahr des Frühabortes befürchten. Sind die Beschwerden nicht zu groß, ist die Operation in die Mitte der Schwangerschaft zu verlegen. (Unterberger, Clemenz u. a.). Nach Resultaten von Heimann ist die Gefahr des Abortes bei vorsichtiger Technik nicht zu groß. Natürlich muß der gravide Uterus möglichst geschont werden.

Während der Geburt, so berichtet Küstner, wird ein operativer Eingriff nur in Betracht kommen, wenn Lebensgefahr bei Mutter und Kind besteht. Und dies ist der Fall, wenn der Tumor teilweise oder ganz den Geburtskanal verlegt und so den Durchtritt des Kindes erschwert bzw. unmöglich macht.

Mayer berichtet, daß es auch eine Gruppe von Autoren gäbe, die jeden Ovarialtumor ohne Rücksicht auf die Zeit der Schwangerschaft sofort operieren, da das Operieren die Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung nicht wesentlich erhöht.

Es lassen sich deshalb Gesetze über die Wahl des besten Zeitpunktes zur Operation schwer aufstellen. Die mütterlichen Be-

schwerden und die Komplikationen des Tumors „geben den Zeitpunkt der Operation an". (Mayer.)

Dossena empfiehlt, die Ovarialtumoren in der ersten Schwangerschaftshälfte zu operieren und in der zweiten Hälfte ein konservatives Verfahren anzuwenden, auch bei Cysten. Sind aber die Cysten während der Geburt im Becken eingekeilt, dann soll die Operation nur im Notfalle ausgeführt werden. Eine Punktion der Cyste kommt dann nur in Frage, wenn kein Krankenhaus in der Nähe ist. Im puerperium soll der Tumor immer operiert werden.

Metler berichtet, daß bei bestehenden Ovarialtumoren der Eintritt einer Schwangerschaft erschwert, bei doppels. Tumoren möglich ist. Der Autor meint weiter, daß in der Mehrheit der Fälle die Tumoren vor der Schwangerschaft entstanden sind. Da Ovarialtumoren Komplikationen bei Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett geben, empfiehlt Metler, festgestellte Tumoren während der Schwagerschaft zu entfernen. Nur in den letzten Schwangerschaftsmonaten bietet die Operation Schwierigkeiten, da jede Berührung und Dislokation des Uterus vermieden werden muß, um nicht eine Frühgeburt hervorzurufen. Auch Lippert erwähnt, daß die meisten Autoren der Ansicht sind, die Ovariotomie bei Gravidität bei Ovarialtumoren so schnell als möglich auszuführen, zumal doch die Prognose in den ersten Schwangerschaftsmonaten eine günstige für den Foetus ist. Welcher Weg am besten einzuschlagen ist, hängt wohl immer von dem einzelnen Fall ab. (Lippert.) Pfannenstiel macht uns darauf aufmerksam, daß es vor allem die langsam wachsenden gutartigen Neubildungen, die Pseudomucinkystome und Dermoide, seien, die häufig mit Schwangerschaft kompliziert sind.

Unter 180 Ovarialtumoren konnte ich 12 = 6,67% feststellen, die mit Schwangerschaft kompliziert waren. Böhm berichtet von 4,4%, Lippert von 3,45%, Stübler und Brandess von 3,9%, Olshausen von 11 Fällen = 3,7%, Hofmeier von 103 Fällen = 1,94%, Eichelsbacher von 13 Fällen = 3,53% und Metler von 38 Fällen = 6,2%.

Von den 12 Fällen waren 5 = 41,66% eine Tubargravidität. Bei 10 Patientinnen = 83,33% war die Schwangerschaft bei einseitigem Tumorsitz nachzuweisen, bei 2 Patientinnen = 16,66% bei doppels. Tumorsitz.

Bei 10 Patientinnen = 83,33% wurde eine Laparotomie ausgeführt. Bei einer Patientin (Nr. 23) wurde die Schwangerschaft unterbrochen. 1 mal (Nr. 124) traten Komplikationen auf: Peritonitis septica.

Bei einer Patientin war der Tumor kein Geburtshindernis, daher konnte sie ohne Operation entlassen werden (Nr. 12).

10 Patientinnen = 83,33% konnten als geheilt die Klinik verlassen, davon 5 = 41,66% mit intakter Gravidität. Eine Patientin (Nr. 124) war infolge einer Peritonitis septica gestorben.

4. Klinische Therapie bei den Ovarialtumoren.

Die Geschwulstbildung im Eierstock kommt bei den Frauen jeden Alters häufig vor. Sie erfordert in vieler Hinsicht Unterschiede in der Behandlung.

Für viele Fälle kommt nur die operative Behandlung in Betracht, andere müssen kombiniert konservativ-operativ und einige Fälle rein konservativ behandelt werden. Vor einigen Jahrzehnten wäre die Frage ‚operativ' oder ‚konservativ' überflüssig gewesen, da bei allen Ovarialtumoren, welche diagnostisiert wurden, ein operativer Eingriff vorgenommen wurde. In den letzten Jahren wird aber schon mancher Ovarialtumor entdeckt, der bei der Patientin keine Beschwerden verursacht. Auch ist heute eine einfache Ovariotomie durch die Verbesserung der Asepsis und den Ausbau der chirurgischen Gynaekologie sehr ungefährlich und lebenssicher geworden.

Viele Ärzte sind der Ansicht, daß jeder fühlbare Ovarialtumor entfernt werden muß. Diese Ansicht ist berechtigt, wenn es sich um proliferierende Tumoren handelt, da man nicht weiß, ob die Geschwülste gutartig oder bösartig sind. Oft aber handelt es sich um eine Vergrößerug der einen Seite. Es gibt auch eine Reihe von Ovarialtumoren, die sich nach einer gewissen Zeit zurückbilden, so z. B. die Follikelcysten und Luteincysten. Es ist natürlich nötig, die Patientin öfters der Kontrolle zu unterwerfen. Wächst aber der Tumor, dann ist es am besten, ihn operativ zu entfernen. Küstner zieht nach dem 30. Lebensjahr immer die operative Behandlung vor wegen der Gefahr, daß der Tumor sich auf der Grenze zwischen Gutartigkeit und Bösartigkeit befindet. Auch dann würde man eine Operation vorziehen, wenn der Tumor in der gleichen Größe bleibt und nicht weiter wächst.

a) Bei den proliferierenden Ovarialtumoren wendet man am besten die operative Behandlung an. Man kann die Tumoren von der Laparotomiewunde wie von der Scheide angehen. Für unkomplizierte gutartige Tumoren kann, nach Ansicht von Küstner, der gute Operateur den vaginalen Weg nehmen. Sonst ist wohl am besten die Laparotomie auszuführen. Bei Follikel- und Corpus luteum-Cysten genügt oft die Ausschälung des Tumors, sonst ge-

nügt die Exstirpation des erkrankten Ovars, evtl. sogar unter Zurücklassung der Tube.

Küstner widerrät, bei echten proliferierenden Tumoren auf einer Seite ein Stück gesund aussehenden Ovariums zurückzulassen, da solche Ovarialreste sich oft zu neuen Tumoren bilden.

Handelt es sich um größere Tumoren, so muß stets durch Laparotomie operiert werden. Selbst bei Greisinnen kommt, nach Ansicht von Küstner, Mayer und Pfannenstiel, diese Methode in Betracht. Höheres Alter der Patientinnen sei kein Hindernis. Herbert R. Spencer berichtet über 10 Fälle von Ovariotomien im Alter über 70 Jahre. Sämtliche Patientinnen wurden geheilt.

Auch im Kindesalter soll die Laparotomie kein Hindernis sein.

Um die vaginale Ovariotomie ist viel gestritten worden. Viele Autoren bezeichneten sie als „Operieren im Dunkeln", da hier die Gefahr der vielen Nebenverletzungen besteht. Pfannenstiel vertritt den Standpunkt, die vaginale Ovariotomie fallen zu lassen mit Ausnahme bei der Ovariotomie subpartu. Döderlein hat unter 450 Ovarialtumoren 111 = 24% auf vaginalem Weg erfolgreich operiert. Nach seiner Meinung darf diese Art der Operation nicht wahllos angewendet werden. Der Tumor muß von unten zugänglich sein, am besten im kleinen Becken liegen, muß cystisch sein, und die Cyste muß frei beweglich sein, damit sie nach der Entleerung dem Zuge nach unten folgt. Mayer wählt schon wegen Infektionsgefahr als Weg zur Ovariotomie die Laparotomie, auch deshalb, um bei der Operation einen guten Überblick zu haben. Lippert berichtet uns von den verschiedenen Operationsmethoden an der Leipziger Klinik. Danach wurden 81,19% abdominale Exstirpationen und 7,21% vaginale Exstirpationen ausgeführt. Der vaginale Weg wurde nur in solchen Fällen vorgenommen, wo ein kleiner, gutbeweglicher und leicht erreichbarer Tumor ohne jede Komplikation zu entfernen war. Kriss berichtet aus dem Krankenhaus Wieden in Wien, daß dort seit 10 Jahren bei allen Operationen von Ovarialkystomen, gleich welcher Art, das Cystom aus dem Ovar ausgeschält und ein Ovarialrest, wenn auch nur eine millimeterdünne Gewebsplatte, zurückgelassen wird.

Lapeyre empfiehlt bei einseitigen, benignen Cysten, das andere Ovar auch zu entfernen, wenn die Erhaltung der Fruchtbarkeit keine Kontraindikation bietet. Er kann 6 Fälle nachweisen, bei denen nach der Operation auf der anderen Seite ein maligner Tumor auftrat.

Schröder führte die Resektion des Ovars ein, was ein großer Erfolg wurde. Hierdurch blieb die Konceptionsfähigkeit erhalten,

und der Wunsch der jugendlichen Frauen, Mutter zu werden, blieb nicht aus.

Pfannenstiel berichtet, daß man bei allen gutartigen Neubildungen jüngeren Personen das andere Ovar belassen könnte, aber nach der Resektion die Frauen unter steter Kontrolle halten müßte.

Brettschneider stimmt diesem Grundsatz nicht bei: Jeder Fall ist verschieden, so daß sich kein Schema aufstellen läßt. Man muß eben selbst die Erfahrung aus seiner eigenen Praxis sammeln.

Früher betrachtete man die Organe für sich allein und berücksichtigte nicht ihr Zusammespiel und die Ovarialfunktionen, darum war die Begeisterung für die Radikaloperation sehr groß. (Keppler, Goodell.)

Durch den Fortschritt der Wissenschaft wurde sie aber durch die Hormonwissenschaft und durch die Bedeutung des Ovars als Drüse innerer Sekretion von der konservativen Behandlung abgelöst. Bei dieser Behandlung ist eine regelmäßige Kontrolle nötig. Hier kommt die physikalische-hormonale Behandlung und Röntgenstrahlenbehandlung in Betracht.

b) Die physikalische und hormonale Therapie kann man, nach Ansicht von Küstner, bei kleinen und beweglichen Tumoren anwenden, z. B. Follikelcysten und Corpus-luteum-Cysten. Hier kann man bei dauernder Überwachung eine Zeitlang mit Wärme, Diathermie, Bädertherapie und Hormontherapie behandeln. Die Hormontherapie kommt nur in sehr ausgewählten Fällen in Betracht.

Die Röntgenstrahlentherapie bei gutartigen Ovarialtumoren hat keinen guten Erfolg. (Küstner, Mayer, Stöckel.)

Nur bei Pseudomucinkystomen soll gelegentlich die Bestrahlung eine Verkleinerung des Tumors hervorgerufen haben. (Eymer.) Nach Ansicht von Stöckel kann die Bestrahlung sogar durch Herbeiführung von Adhäsionen und durch Schädigung der Bauchdecken nur Nachteile bringen und eine spätere Operation erschweren.

Donay berichtet, daß die Bestrahlung, die vor der Operation ausgeführt wird, den Tumor unter Umständen mobil macht und die Entfernung erleichtert. Die Bestrahlung, die nach der Operation ausgeführt wird, vermindert die Gefahren der Recidivierung. Doch soll man, nach Ansicht von Spinelli, bei den cystischen Geschwülsten (glanduläres und papilläres Cystom) und bei den Fibromen in Gegenwart von Ascites mit der prophylaktischen Röntgentherapie vorsichtig sein.

5. Die Prognose der Ovariotomie.

Die Prognose des Leidens hängt ab von nicht proliferierenden und proliferierenden Tumoren. Beim ersten besteht ein beschränktes Wachstum, und ihre Größe stört nicht die Gesundheit und gefährdet nicht das Leben. Das zweite verursacht durch unbegrenztes Wachstum ernste Verdrängungserscheinungen und beeinträchtigt die Gesundheit. Die Größe des Tumors gefährdet das Leben selten.

Die Prognose der Ovariotomie ist günstig. (Spencer.)

Die Ovariotomie wurde erfunden von Mc. Dowel, praktischem Arzt in den Vereinigten Staaten.

An der hiesigen Klinik wurde bei 174 Patientinnen = 96,67% von 180 Patientinnen die Laparotomie ausgeführt; und 6 Patientinnen = 3,33% wurden nicht operiert.

64 mal wurde die Oophorektomie (Exstirpation des Ovarialtumors, Oophorektomie, Ovarektomie und Resektion des Ovars) vorgenommen und 126 mal die Salpingooophorektomie (Salpingooophorektomie, Exstirpation der Adnexe und Salpingektomie) ausgeführt.

Bei der Oophorektomie war die Lage des Tumors

a) 56 mal = 87,5% einseitig, und zwar 32 rechtsseitig, 24 linksseitig

b) 8 mal = 12,5% doppelseitig

und bei der Salpingooophorektomie

a) 107 mal = 84,92% einseitig, und zwar 44 rechtsseitig und 63 linksseitig

b) 19 mal = 15,08% doppelseitig.

Außerdem wurde bei 5 Patientinnen eine Stichelung des Ovars und zwar 4 mal rechts und 1 mal links, ebenso wurde bei 6 Patientinnen eine Ausschälung des Tumors durchgeführt, und zwar 2 mal rechtsseitig und 4 mal linksseitig.

Von den operierten Fällen sind 158 Patientinnen = 87,78% geheilt worden, 1 Patientin = 0,55% ist als gebessert und 3 Patientinnen = 1,67% als unbehandelt entlassen worden.

In 18 Fällen = 10,0% traten Komplikationen auf.

Wie oben schon erwähnt, wurden 6 Patientinnen = 3,33% nicht operiert.

(Nr. 28, 51, 127, 153, 166, 173.)

Nr. 28 erhielt eine hormonale Behandlung;

Nr. 51 wegen zu hohen Alters;

Nr. 127 lehnte die Operation ab;

Nr. 153 wegen schlechten Herzbefundes wurde Operation abgeraten;
Nr. 166 hatte die Operation aufgeschoben;
Nr. 173 wegen ulcera cruris wurde von einer Operation abgesehen.

6. Sterblichkeit.

Die Sterblichkeitsziffer betrug 4,4%. Es starben von den 174 wegen gutartigen Ovarialtumors operierten Patientinnen 8. Bei den Todesfällen handelt es sich um die Fälle 2, 48, 103, 124, 129, 144, 157, 168.

Als Todesurstche wurde festgestellt:

Versagen des Herzens, Herztod	1 mal = 12,5%
Peritonitis septica	1 mal = 12,5%
Peritonitis	4 mal = 50,0%
Postoperativer Ileus	1 mal = 12,5%
Paralytischer Ileus	1 mal = 12,5%

Wegen Corpus luteum-Cyste starben 2 Patientinnen, wegen Corpus luteum-Cyste und Follikelcyste eine, wegen Follikelcyste eine, wegen Kystadenoma serosum papillare eine, wegen Dermoidcysten 2, wegen Ovarialcyste eine, außerdem starben noch 4 Patientinnen, die gegen ärztlichen Rat die Anstalt ungeheilt verlassen hatten, zu Hause (Nr. 45, 90, 99, 158).

Wie schon erwähnt, starben in der hiesigen Klinik 8 Patientinnen = 4,4%. Eichelsbacher berichtet über 17 Fälle = 4,6%, Böhm über 5 Todesfälle = 3,1%. Lippert spricht von 3,71%, Burckhardt von 4,5%, Treutinger von 3,8%, Stöckel von 1,3%, Generson von 7,0% und Hofmeier von 1,45%, Döderlein von 1,3%.

C. Zusammenfassung.

In der hiesigen Klinik wurden in der Zeit vom 1. 1. 32 bis 31. 7. 1938 4161 Patientinnen aufgenommen, davon waren 180 = 4,32% Trägerinnen von gutartigen Ovarialtumoren. Von diesen 180 Patientinnen waren 137 = 76,11% verheiratet und 43 = 23,89% ledig.

120 Patientinnen = 66,66% hatten geboren, 60 = 33,33% waren Nulliparae. In dem hiesigen Material war der Tumor in 73 Fällen = 40,55% rechts, in 81 Fällen = 45,0% links und in 19 Fällen = 10,55% bilateral lokalisiert. Insgesamt waren 18 = 10,0% Tumoren intraligamentär entwickelt.

An Komplikationen stehen die Adhäsionen bei den Ovarialtumoren an erster Stelle. Sie wurden 37 mal = 20,55% gefunden. Stieldrehungen fanden sich in 29 Fällen = 16,11%.

Das Zusammentreffen von Schwangerschaft mit Ovarialtumoren stellt, obwohl es nicht zu den häufigen Erscheinungen rechnet, eine besonders unangenehme Komplikation dar. Sie wurde in den hiesigen 180 Fällen 12 mal = 6,66% gefunden, davon lag bei 5 Patientinnen = 41,67% eine Tubargravidität vor. Von den anderen 7 Patientinnen wurden 6 mit intakter Gravidität geheilt entlassen. Eine Patientin starb an Peritonitis septica, und eine Patientin wurde ohne Operation bei gutem Befinden entlassen, da der Tumor kein Geburtshindernis war.

In 2 Fällen = 1,11% wurde bei den benignen Tumoren Ascites gefunden.

Die Sterblichkeit betrug 4,4%, es starben nämlich von 174 wegen gutartigen Tumors Laparotomierten 8 Patientinnen. Bei 66 Fällen = 37,93% wurde die Appendektomie ausgeführt. Außerdem wurden 4 mal = 2,22% eine Douglas-Punktion und 1 mal = 0,55% eine Ascites-Punktion ausgeführt.

Nach der path.-anat. Diagnose eingeteilt, befanden sich unter den 180 gutartigen Ovarialtumoren

Kystadenom	20 = 11,11%
Kystadenoma pseudomucinosum	19 = 10,55%
Kystadenoma serosum papillare	9 = 5,0%
Kystoma serosum	6 = 3,33%
Dermoidcyste	24 = 13,33%
Fibrom	7 = 3,89%
Ovarialtumoren (Nähere Angaben fehlen in den Krankengeschichten.)	8 = 4,44%
Ovarialcysten (Nähere Angaben fehlen in den Krankengeschichten.)	39 = 21,67%
Schokoladencysten	9 = 5,0%
Corpus luteum-Cysten	13 = 7,22%
Follikelcysten	4 = 2,22%
Tubo-Ovarialcysten	5 = 2,78%
Parovarialcysten	17 = 9,44%

Am Schluß dieser Arbeit sei es mir gestattet, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. C. J. Gauß, Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg a. Main, für die gütige Überweisung des Themas und Überlassung des dazu erforderlichen Materials, sowie für die freundlich erteilten Ratschläge und für die freundlich gewährte Beihilfe bei der Anfertigung der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der darin angegebenen Literatur keine unerlaubten Hilfsmittel benutzt habe.

Heinz Werner Pick.

Schrifttum.

Bass Franz: Spontan amputierte Ovarialtumoren. Zbl. Gynäk. 1929.

Böhm Hans: Bericht über 200 in der Würzburger Universitäts-Frauenklinik ausgführte Ovariotomien. Dissertation 1927. Würzburg.

Brettschneider: Zbl. Gyn. 1920.

Donay: Die Behandlung der ovariellen Cystome mit Radium- und Röntgenbestrahlung. Bull. Soc. Obstétr. Paris 22. 1933.

Dossena: Wie man sich während der Schwangerschaft und Geburt bei Anwesenheit von Ovarialcysten zu verhalten hat. Arte Ostetre. 44, 1930.

Elchelsbacher: Die gutartigen Ovarialtumoren (1. 4. 23—31. 12. 31) Würzburg. Dissertation 1934.

Fleming: Ein klinischer Überblick über eine ununterbrochene Reihe von Ovarialtumoren. J. Obstétr. 38, 1931.

Generson: Zur Kasuistik der Ovarialtumoren. Basel. Dissertation 1936.

Kniss: Konservative Operation benigner, cystischer Ovarialtumoren. Arch. Gynäk. 154, 1933.

Küstner: Konservative und chirurgische Behandlung der Ovarialtumoren.

Lapeyre: Konservative Chirurgie und Röntgentherapie bei Ovarialcysten. Gynécol. et obstétr. Bd. 15, Nr. 4. 1927.

Lippert: Zur Klinik des Ovarialtumoren (Leipziger Frauenklinik). Arch. Gyn. 1905. Bd. 74.

Lochrance: Bericht über 210 Ovarialtumoren, die am Derbyshire-Hospital bei 180 Frauen behandelt wurden. J. Obstétr. 38, 1931.

Mandelstamm: Zur Klinik und Behandlung der Dermoidalcysten. Zbl. Gynäk. 1929.

Mayer: Biologie und Pathologie des Weibes. V. Band, 2. Teil.

Metler: Eierstockgeschwülste und Schwangerschaft auf Grund des Materials der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in Posen aus den Jahren 1926—1935. Ginek. polska 15, 1936.

Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. Dtsch. Chir. 1886.

Randazzo: Beobachtungen über 1000 Fälle von Cystoma ovarii. Zbl. Gynäk. 1934.

Rohdenburg: Analyse von 500 Ovarialtumoren. Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. 12. Nr. 3. 1926.

Stübler u. Brandess: Zur Pathologie und Klinik der Ovarialtumoren. Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Bd. 21. H. 9 1924.

Stübler u. Brandesss: Bemerkungen über d. Normenklatur u. Häufigkeit bestimmter Formen von Ovarialtumoren, vor allem des Cystoma serosum sinplex. Zentralbl. f. Gynäk. Jg. 49. Nr. 39. 1925.

Seliga: Die Stieldrehung der Eierstockgeschwülste. Bratislavské lekárske bity Jg. 4. Nr. 10. 1925.

Spencer: 10 Fälle von Ovariotomie bei Frauen von über 70 J. Brit. med. journ. Nr. 3249. 1923.

— : Rückblick auf 658 Ovariotomien. Proc. roy. Soc. Med. 26. 1933.

— : Die Geschichte der Ovariotomie. Proc. roy. Soc. Med. 27. 1934.

Spinelli: Die metachirurgische: Röntgentherapie bei den Eierstockgeschwülsten. Archivterapia Bd. 3. H. 7. 1923.

Thadewald: Über Ovarialtumoren bei Jugendlichen. Dissertation 1922. Königsberg.

Treutinger: Übersicht über die vom 1. 10. 1920—31. 12. 1930 in der II. Universitäts-Frauenklinik zu München operierten Ovarialtumoren. Dissertation 1932. München.

Váro: Die Eierstockgeschwülste im 10jährigen Material der Frauenklinik Nr. I zu Budapest. Orvasi Hetilap Jg. 70. Nr. 33. 1926.

Veit-Stöckel: Handbuch der Gynäkologie 3. Band.

Lebenslauf.

Am 9. Februar 1910 wurde ich als Sohn des Oberstudiendirektors Dr. Emil Pick in Halle a./Saale geboren. Ich besuchte das humanistische Gymnasium in Spandau und das Reformrealgymnasium in Königswusterhausen. Bestand 1931 die Reifeprüfung in Königswusterhausen und widmete mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Bonn, Berlin, Innsbruck, Greifswald, Erlangen und Würzburg. Im Februar 1936 bestand ich in Greifswald die ärztliche Vorprüfung, während ich Anfang Oktober 1939 die Bestallung als Arzt bekam.

Im August 1939 wurde ich zur Truppe einberufen, machte den Polenfeldzug mit und bin zur Zeit Unterarzt bei der Truppe im Felde.